

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933 — N° 62

# L'ÉPILEPSIE CONSCIENTE ET MNÉSIQUE

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932*

PAR

**Emile-Marius de CURTON**

Elève du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales

Né à Saint-Cernin (Cantal), le 7 Décembre 1908

|                        |   |                              |                   |
|------------------------|---|------------------------------|-------------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. ABADIE, professeur ..... | <i>Président.</i> |
|                        |   | MAURIAC, professeur .....    |                   |
|                        |   | PERRENS, agrège .....        | <i>Juges</i>      |
|                        |   | DELMAS-MARSALET, agrège      |                   |

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

6, Place Fernand-Lafargue

1932







UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933 — N° 62

# L'ÉPILEPSIE CONSCIENTE ET MNÉSIQUE

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932*

PAR

**Emile-Marius de CURTON**

Elève du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales

Né à Saint-Cernin (Cantal), le 7 Décembre 1908

|                        |   |                                  |                   |
|------------------------|---|----------------------------------|-------------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. ABADIE, professeur . . . . . | <i>Président.</i> |
|                        |   | MAURIAC, professeur . . . . .    | <i>Juges</i>      |
|                        |   | PERRENS, agrégé . . . . .        |                   |
|                        |   | DELMAS-MARSALET, agrégé          |                   |

BORDEAUX  
IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

6, Place Fernand-Lafargue

1932

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,  
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

## PROFESSEURS

|                                                     | MM.          |                                                    | MM.       |
|-----------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|-----------|
| Clinique médicale.....                              | MAURIAC.     | Zoologie et parasitologie.....                     | MANDOUL   |
| id.....                                             | CASSAET.     | Médecine expérimentale.....                        | DUPÉRIÉ.  |
| Clinique chirurgicale.....                          | CHAVANNAZ.   | Clinique ophtalmologique.....                      | TEULIÈRES |
| id.....                                             | BÉGOUIN.     | Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....     | ROCHER.   |
| Pathologie et thérapeutiques générales.....         | CARLES.      | Clinique gynécologique.....                        | GUYOT.    |
| Clinique d'accouchements.....                       | ANDÉRODIAS.  | Clinique méd. des maladies des enfants.....        | CRUCHET.  |
| Anatomie pathol. et microscopie clinique.....       | SABRAZÈS.    | Chimie biologique et médicale.....                 | DELAUNAY  |
| Anatomie.....                                       | VILLEMIN.    | Physique médicale et pharmaceutique.....           | SIGALAS.  |
| Anatomie générale et histologie.....                | G. DUBREUIL. | Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....  | BONNIN.   |
| Physiologie.....                                    | PACHON       | Clinique des malad. cutanées et syphilitiques..... | PETGES.   |
| Hygiène.....                                        | LEURET.      | Clinique des maladies des voies urinaires.....     | DUVERGEY  |
| Médecine légale et déontologie.....                 | LANDE.       | Clinique des malad. nerveuses et mentales.....     | ABADIE.   |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médic..... | RÉCHOU.      | Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....             | PORTMANN  |
| Chimie.....                                         | CHELLE.      | Toxicologie et hygiène appliquée.....              | LABAT.    |
| Botanique et matière médicale.....                  | BEILLE.      | Hydrologie thérapeutique et climatologie.....      | CREYX.    |
| Pharmacie.....                                      | DUPOUY.      | Clinique dentaire.....                             | CAVALIE.  |

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).  
LACOSTE (Histologie).

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

|                                           | MM.              |                                                 | MM.        |
|-------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------|------------|
| Anatomie.....                             | DUBECQ.          | Chirurgie générale.....                         | PAPIN.     |
| id.....                                   | DUFOUR.          | id.....                                         | JEANNENEY. |
| Physiologie.....                          | FABRE.           | id.....                                         | CHARRIER.  |
| Parasitologie et sciences naturelles..... | R. SIGALAS       | id.....                                         | LOUBAT.    |
| Médecine générale.....                    | N.               | Obstétrique.....                                | PERY.      |
| id.....                                   | AUBERTIN.        | id.....                                         | RIVIÈRE.   |
| id.....                                   | DAMADE.          | Ophtalmologie.....                              | BEAUVIEUX. |
| id.....                                   | PIÉCHAUD.        | Dermatologie et syphiligraphie.....             | JOULIA.    |
| id.....                                   | DELNAS-MARSALET. | Chimie générale pharmaceut. et toxicologie..... | VITTE.     |
| Maladies mentales.....                    | PERRENS          |                                                 |            |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

|                                                                                                      | MM.                    |                                             | MM.         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|-------------|
| Médecine opératoire.....                                                                             | PAPIN.                 | Puériculture.....                           | FAUGÈRE.    |
| Physiologie.....                                                                                     | FABRE.                 | Démonstrations et préparations pharmac..... | GOLSE.      |
| Accouchements.....                                                                                   | PERY.                  | Zoologie et parasitologie.....              | R. SIGALAS. |
| Ophtalmologie.....                                                                                   |                        |                                             |             |
| Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..... |                        |                                             |             |
| Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....                          |                        |                                             |             |
| id.....                                                                                              | Clinique dentaire..... |                                             |             |

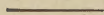
Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PERE, A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A MA NOUVELLE FAMILLE



A MES AMIS, A MES CAMARADES

A MES MAITRES  
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE  
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

---

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine  
et des Troupes Coloniales,  
Commandeur de la Légion d'honneur,  
Croix de Guerre,  
Officier de l'Instruction Publique.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN ABADIE

*Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales  
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,  
Médecin des Hôpitaux,  
Officier de la Légion d'honneur,  
Croix de Guerre,  
Officier de l'Instruction Publique.*

# L'ÉPILEPSIE CONSCIENTE ET MNÉSIQUE

---

## INTRODUCTION. — HISTORIQUE.

---

L'épilepsie se manifeste par des symptômes trop dramatiques pour n'avoir pas forcé l'observation des hommes dès les temps les plus reculés. Aussi retrouvons-nous trace de son existence chez les auteurs les plus anciens. Aux époques de ténèbres, on considérait les épileptiques tantôt comme des maudits (*morbus dæmoniacus*), tantôt comme des malades inviolables (*morbus sacer*).

Hippocrate protesta contre cette idée de mal sacré; il lui consacre un livre entier (*de morbo sacro*) et plusieurs de ses aphorismes : « Le mal n'était pas, disait-il, plus divin que les autres maladies qui affligent l'humanité ». Cependant, chez les Romains, lorsqu'un accès venait à se produire pendant que les comices étaient assemblés, la réunion était dissoute; c'est de cette circonstance qu'est resté le nom de *morbus comitialis*. Celse a peu écrit sur ce qu'il appelait *morbus major*, le mal par excellence. Arétée, Cœlius Aurélianus, Galien en font des descriptions remarquables. Rhazès, Avicenne le voient en cliniciens souvent doués d'un remarquable talent d'observateurs.

Après des siècles de stagnation, les sciences médicales re-

prennent leur essor. Paracelse parle longuement du morbus caducus. Ambroise Paré (VIII, 25) définit de façon imagée l'épilepsie comme « une surprise et rétention de tous les sentiments ». Mais en dernière analyse, de Jean Fernel, le talentueux médecin de Catherine de Médicis, à Sauvages, les cliniciens de l'époque se sont contentés de grossir la collection des observations d'épilepsie sans pénétrer très avant dans la question.

L'apparition du livre de Tissot (1771) marque une date importante dans l'histoire de la névrose. Ce traité résume la science de l'époque et apprécie avec une remarquable sûreté de jugement la valeur de toutes les conquêtes antérieures.

A cette date, l'épilepsie n'est connue que par ses manifestations convulsives. L'épileptique est considéré comme affligé d'une irritabilité spéciale des centres nerveux. Une excitation de cause variable et souvent ignorée viendra de temps en temps provoquer « une décharge, un paroxysme, *une convulsion* ». Mais une convulsion d'aspect spécial, car, pour Tissot, « quelques violentes, généralisées que soient les convulsions, si elles ne sont pas accompagnées de perte de connaissance et de sentiment, ce n'est pas de l'épilepsie. »

Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, la création des services d'épileptiques, la possibilité d'observer chaque jour de nombreux malades permirent à Pinel, Maisonneuve, Cazauvieilh, Herpin, Delasiauve, d'ajouter aux résultats antérieurs ceux d'une vaste expérience. Avec eux commence à se faire jour la notion d'une épilepsie se traduisant autrement que par des convulsions.

Falret, en 1860, traduisait de façon explicite et d'emblée complète, cette notion nouvelle. Morel, le perspicace médecin de Saint-Yon, créait en cette année « *l'épilepsie larvée* », comprenant sous cette étiquette une série de phénomènes pouvant être rattachés sûrement à l'épilepsie, sans que celle-ci se fut traduite ou se traduisit jamais par les symptômes convulsifs du mal caduc. Il y eut d'après résistances et Christian, en 1878, écrivait encore : « L'épilepsie a toujours besoin pour être caractérisée de l'accès, de l'ictus épileptique complet ou

incomplet; l'épilepsie larvée n'existe pas. » Malgré cette netteté de formules, Christian n'entraîna pas les convictions, et l'opinion des aliénistes français était résumée par Féré, en 1890, en ces termes : « Il est admis sans conteste aujourd'hui que les troubles mentaux dus à l'épilepsie peuvent se produire en dehors de tout paroxysme convulsif. » Dès cette date, l'épilepsie larvée avait acquis droit de cité et son existence ne devait plus être sérieusement contestée.

Mais le moule dans lequel les auteurs classiques avaient jeté leur conception clinique du mal comitial n'était encore pas définitif. On admettait aux « convulsions mentales » de l'épilepsie psychique, comme aux « convulsions physiques » du haut mal, un certain nombre de caractères constants. Pour Axenfeld et Huchard, « le caractère dominant de toutes les manifestations du mal comitial, caractère qui se retrouve dans toutes les manifestations de ce mal, c'est la perte de connaissance, c'est le défaut de tout souvenir. »

Et cependant si l'on feuillette les auteurs du <sup>xix</sup><sup>e</sup> siècle, on constate aisément que la plupart d'entre eux ont vu des accès d'épilepsie qui restaient conscients et que la mémoire fixait. Un certain nombre de ces auteurs — Delasiauve, Rosenthal, Axenfeld et Huchard, Russel-Reynolds, Magnan — ne parlent de cette conservation de mémoire et de conscience dans l'épilepsie que de façon toute incidente et sans y attacher d'importance. Trousseau, par exemple, dans une de ses cliniques sur les épileptiques, disait : « Tandis que les uns ne conservent aucun souvenir de ce qui s'est passé, d'autres ont une souvenance plus ou moins vague des idées qui les préoccupaient. » Certains auteurs mieux avisés la signalent avec plus d'insistance, comme Ingels, Hazard, Nancrède, Leidesdorf, Legrand du Soulle, Maudsley. Féré déclare : « Il ne faut pas croire que l'épileptique n'ait jamais aucune connaissance de ses faits et gestes pendant l'accès. » Quelques auteurs enfin publient des observations très caractéristiques et clament très haut l'importance capitale de la question. Ainsi, Tamburini, en 1878, affirme que « l'amnésie est un caractère auquel il n'est plus

permis aujourd'hui d'attribuer une importance aussi absolue » et, révéler ces faits, « c'est un véritable devoir non seulement en face de la science, mais encore de la justice et de la vérité. » A l'appui de ses dires, Tamburini cite deux faits très probants. Hugues, Clarke publient en 1884 et 1887 deux observations plus détaillées. Bombarda et Bannister en font connaître cinq. Lemoine, en 1894, nous donne dans la thèse de son élève Hennocq trois observations d'épilepsie convulsive où la mémoire et la conscience sont restées intactes. Ball, Siemmerling, Ottolenghi, Kowalewsky, font part de cas plus ou moins semblables.

Armé de ce faisceau de preuves, étayé par ces documents, Ducosté, en 1899, résume dans une thèse remarquable les travaux antérieurs, il publie des observations personnelles très convaincantes, discute tous les cas de lui connus et conclut : « Depuis l'aura jusqu'aux grandes convulsions, en passant par les troubles psychiques et les impulsions, toutes les modalités épileptiques peuvent rester *conscientes et mnésiques* ». Désormais, « l'épilepsie consciente et mnésique » est née à la science et dotée d'une vie propre. Cependant elle devra encore défendre cette existence durant des années.

Dès avant la parution du travail de Ducosté, quelques auteurs s'étaient en effet insurgés contre l'idée qui se faisait jour. Garnier, en 1895, déclare « qu'on doit rejeter du cadre des impulsions épileptiques vraies les actes accomplis avec une conscience même partielle et ayant laissé des traces dans la mémoire. » Voisin voit dans les délires conscients des épileptiques de simples délires surajoutés et ne considère comme épileptiques purs que les délires suivis d'amnésie. La thèse de Ducosté est tenue par M. H. Minier comme « un travail aux allures quelque peu révolutionnaires. »

Tourenco, en 1906, étudiant l'état mental des incendiaires, déclare que, « revenu à lui, le malade ne conserve pas la moindre conscience de ce qu'il a fait. » Dromart et Levassort, en 1907, restent imprégnés des idées de Garnier, dont ils sont les élèves, et se refusent à conclure à l'existence du mal comitial conscient et mnésique. Hamelin, en 1908, dira : « On ne

peut tenir pour responsable l'épileptique qui présentera des impulsions, puisque tous ses actes sont marqués au coin d'une inconscience absolue et sont exécutés en dehors de la volonté. » Joffroy et Dupouy, en 1909, veulent qu'une fugue pour être épileptique porte la marque constante de la confusion. Dupouy reprendra cette idée avec Schiff et écrira : « Abstraction faite des réactions mnésiques et conscientes dues à l'irritabilité pathologique de ces malades et qui tiennent au caractère anormal du sujet et non pas à une crise comitiale, les impulsions et les fugues de l'épileptique vrai se produisent toujours en état confusionnel. »

Dutil, en 1911, dans le traité de G. Ballet, déclare : « Le délire des épileptiques est soudain et accompagné d'une altération profonde de la conscience et du souvenir. »

L. Marchand, qui est cependant un des défenseurs de la notion d'épilepsie consciente et mnésique, écrit encore en 1925 dans le traité de médecine de Vidal, après avoir étudié les caractères de certains équivalents de l'épilepsie traumatique : « Quand il s'agit d'équivalents psychiques, il faut ajouter à ces caractères l'inconscience du sujet pendant l'acte et l'amnésie consécutive. Ces accidents sont toujours suivis d'amnésie. »

Ainsi nous retrouvons encore, même chez quelques classiques, la reviviscence du dogme de l'inconscience et de l'amnésie considérées comme critères nécessaires de l'épilepsie.

Mais s'il est quelques incrédules, plus nombreux sont les aliénistes qui ont accueilli favorablement cette restriction apportée par Ducosté aux données classiques.

La plupart des traités spéciaux en font mention :

Rogues de Fursac écrit dans son précis de psychiatrie, en 1911 : « Dans quelques cas l'impulsion épileptique pourrait être consciente et mnésique, laissant dans l'esprit du sujet un souvenir plus ou moins net... la mémoire se comporte ainsi dans le délire épileptique comme dans le rêve. »

A la même date, Dutil reconnaît que : « Quelquefois l'amnésie post-paroxystique n'est pas absolue et le sujet garde une vague souvenance de l'acte qu'il vient d'accomplir » et que

« les délires transitoires des épileptiques ne présentent pas toujours ces caractères distinctifs d'inconscience absolue et d'amnésie totale post-paroxystique; en pareil cas la difficulté du diagnostic peut être assez grande. » (In traité de pathol. mentale de G. Ballet, 1911.)

Brissot (in Sergent, path. médicale) admet de même « qu'on assiste parfois à des attaques incomplètes pendant lesquelles le malade prononce des phrases incohérentes et garde de sa crise un souvenir confus » et dans ses considérations médico-légales, il insiste sur ce fait que « la perte de mémoire absolue peut ne pas être constante ou se révéler sous forme d'amnésie retardée. On a vu des malades qui vont se remettre entre les mains de la justice et avouent leur action dont ils ne conservent qu'un souvenir imparfait (Falret) ».

Dans le précis de psychiatrie de Régis (6<sup>e</sup> édition, 1923), on trouve, page 948, « les stigmates considérés comme les plus essentiels des manifestations épileptiques ne sont même pas constants si l'on s'en rapporte à certains faits publiés ces dernières années », et page 158, Régis reconnaît chez des épileptiques en dehors des accès l'existence d'impulsions psychomotrices qu'il décrit « comme comportant à un degré plus ou moins marqué, en même temps que l'idée et l'émotion de l'acte, ainsi que la notion de ses conséquences possibles, la conscience et le souvenir de cet acte. »

De même, pareilles restrictions se retrouvent incidemment dans nombre de publications. Maxwell, en 1903, déclare dans sa thèse remarquable sur l'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie, page 53 : « Je ne saurai protester avec assez d'énergie contre l'opinion qui fait encore de l'amnésie la condition nécessaire de l'épilepsie. »

En 1909, Benon admet (gazette des hôpitaux) « qu'après sa fugue l'épileptique est amnésique, mais cette amnésie n'est pas toujours complète. Il semble se produire chez ces malades des alternatives conscientielles. »

En 1921, Berthélémy, dans son étude sur la responsabilité médico-légale des épileptiques, reconnaît que « l'amnésie et la

perte de connaissance que l'on a considérées comme les stigmates essentiels des manifestations épileptiques ne sont pas non plus constantes. » Au cours de la discussion d'une observation d'épilepsie mnésique et consciente présentée à la Société de psychiârie le 20 octobre 1921, Dupouy dit : « J'ai observé personnellement des cas d'épilepsie consciente et mnésique, et l'existence de cette forme ne me paraît pas douteuse. » Laignel-Lavastine et Hartenberg ajoutent : « des exemples d'épilepsie consciente et mnésique ont été assez fréquemment rapportés pour qu'on ne puisse pas douter de l'existence de cette forme. »

Toulouse, Marchand et Picard (presse médicale, déc. 1928) écrivent : « L'amnésie n'est pas toujours complète, absolue, ne porte pas sur toute la période de l'accès d'automatisme. Quelques souvenirs peuvent surnager. »

Enfin Thibault (gazette médicale de Nantes, 1929-1930) traitant des fugues conscientes et inconscientes, dira, parlant de l'automatisme ambulatoire des épileptiques : « Parfois quelques souvenirs épars émergent, silhouettes floues de monuments ou de personnes, souvenirs qui peuvent persister mais souvent disparaissent peu après le réveil ». Il conclut : « Ni l'une ni l'autre des formes extrêmes des fugues n'a d'étiologie propre. A peine ose-t-on dire désormais la forme confusionnelle plus fréquente dans l'épilepsie où elle n'exclut ni l'automatisme ambulatoire, ni même certaines fugues conscientes et mnésiques semblables en tout à celles des dégénérés. »

Ainsi, si nous résumons cette enquête à travers les auteurs modernes, nous constatons que si, depuis Ducosté, la notion d'épilepsie consciente et mnésique a fait des adeptes nombreux, elle a du moins laissé quelques incrédules.

Pour vaincre ces dernières résistances, pour affermir les convictions déjà établies, nous avons pensé qu'il serait bon de réunir en un travail d'ensemble les divers documents qui ont servi à édifier cette notion clinique encore contestée.

C'est là le but de notre thèse.

Nous avons songé tout d'abord à exposer dans l'ordre chro-

nologique les divers apports des nombreux chercheurs qui ont traité du sujet qui nous occupe.

Il nous a semblé plus démonstratif de ranger les faits d'épilepsie consciente et mnésique dans les cadres mêmes des manifestations habituelles de l'épilepsie.

« Ce n'est pas d'après la nature des choses que nous distinguons des classes, c'est après notre manière de concevoir. »

Cette phrase de Condillac est particulièrement applicable aux classifications des phénomènes épileptiques. Pour traiter d'un symptôme, il est logique d'adopter une classification symptomatique. Nous conserverons donc la distinction généralement admise en :

*EPILEPSIE CONVULSIVE*, comprenant :

1. Les prodromes et les auras;
2. Les accès convulsifs généralisés;
3. Le petit mal (absences, accès anarthriques et aphasiques, vertiges, accès pycnoleptiques, épilepsie statique);
4. L'état de mal.

*EPILEPSIE PSYCHIQUE*, comprenant :

1. Les impulsions;
  2. Les psychoses véritables.
-

## CHAPITRE PREMIER

---

### ÉPILEPSIE CONVULSIVE SANS PERTE ABSOLUE DE CONNAISSANCE

---

#### § I. — Prodromes et Auras.

Les paroxysmes épileptiques sont dans la plupart des cas annoncés par des prodromes variés, phénomènes précurseurs de l'orage (Delasiauve). On peut les diviser en prodromes proprements dits et auras.

*PRODROMES PROPREMENTS DITS.* — Bien des épileptiques ressentent en eux, plusieurs heures, souvent même plusieurs jours à l'avance, des troubles légers, des changements fugitifs, qu'ils sont exposés à méconnaître d'abord, mais dont l'expérience leur révèle bientôt la vraie signification (Burlureaux). Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que ces prodromes n'échappent pas au malade. Il les fixe dans son souvenir et c'est de cette fixation presque toujours parfaite que naît l'expérience qui fait que le malade peut prévoir l'imminence du paroxysme. Nous n'en voulons qu'un seul exemple : un malade de Voisin lui dit : « Je sens un mystérieux travail se faire en moi; pendant plusieurs nuits, j'éprouve de l'insom-

nie, des cauchemars, des grincements de dents. Mes crises sont toujours annoncées par des érections diurnes de plus d'une demi-heure de durée, des pollutions nocturnes et des rêves voluptueux. »

*AURAS.* — Les auras, signalées et dénommées par Galien, naissent au contraire immédiatement ou très peu de temps avant la crise et s'identifient avec elle. Magnan les classe en auras motrices, sensitives, sensorielles, et intellectuelles.

Les auras des trois premiers groupes sont presque toujours parfaitement reconnues par le malade et il les raconte avec précision. Tous les auteurs sont d'accord pour en convenir.

— C'est ainsi que le malade de Bombarda « connaît très bien la venue de son attaque; c'est quelque chose qui lui remonte au cœur et qui ne lui permet de rien prononcer. »

— La malade de Féré (page 76) « sentait un chatouillement dans le larynx, elle faisait quelques mouvements de déglutition, puis il se produisait un engourdissement de la main droite, enfin elle tombait... »

— Un malade de Merklen lui écrit : « Les crises qui me sont arrivées de jour m'ont laissé de leur période prémonitoire un souvenir assez net. Elles ont comme caractère d'avoir été provoquées par des sensations auditives accompagnées par des impressions visuelles. C'est ainsi qu'un jour, étudiant mon violon, j'eus tout à coup l'impression de voir certaines personnes que je connaissais. Je me souviens très bien que je fis un effort pour identifier ces personnes, savoir où je les avais vues. Ce fut à ce moment que je perdis connaissance. »

Les auras intellectuelles sont plus fréquemment inconscientes et amnésiques. Toutefois, il est facile de retrouver ici encore des faits d'auras conscientes et mnésiques :

— Un jeune garçon observé par Féré « sent tout d'un coup de la répulsion pour les personnes et les objets qui lui sont chers, répulsion dont il se rend parfaitement compte et qu'il exprime en disant : Je change de cœur. »

— Dans une observation de Peyroux, il s'agit d'un épileptique qui craignait « d'être renversé par un char arrivant sur lui à fond de train et dans lequel se trouvait un petit homme coiffé d'un bonnet rouge. »

— De Féré, ce malade qui dit « chaque fois que je pense à Dieu je suis sûr d'avoir une attaque. »

— De Féré encore, cette observation d'un épileptique « qui sent une sorte d'oppression et est affecté d'un sentiment de tristesse indéfinissable. Puis, tout d'un coup, s'impose à lui un souvenir pénible. Tantôt c'est celui de sa mère mourante, tantôt c'est celui de son frère rapporté à la maison à la suite d'une chute du haut d'un arbre; tantôt c'est celui du garde-champêtre qui l'a saisi en train de voler des pommes dans un verger. Quand un de ces trois souvenirs survient, il se couche par terre, sûr d'avoir une attaque, qui survient en effet. »

Nous ne prolongerons pas davantage cette énumération, tous les cliniciens ayant observé des cas semblables.

S'il arrive peut-être plus souvent que les malades perdent le souvenir des auras psychiques, ce n'est pas là une preuve que les actes exécutés pendant l'aura étaient inconscients au moment où ils se produisaient : l'ictus épileptique détermine quelquefois des amnésies rétroactives, c'est-à-dire que la perte du souvenir comprend une certaine période antérieure à l'accès et, en particulier, l'aura.

## § II. — Accès convulsifs généralisés.

La grande attaque d'épilepsie, qu'elle ait été précédée ou non de phénomènes précurseurs, a en général un début foudroyant. Le malade pâlit, jette un cri et tombe sans connaissance. Les muscles de la face et de la tête se contractent alternativement, déviant les traits et la tête de côté et d'autre; les yeux se portent en haut; les mâchoires se serrent, la poitrine se bloque en expiration; la face se congestionne et sa coloration violacée jointe à la déviation des traits lui donnent

un aspect horrible; les muscles des membres sont tendus et rigides; les urines et parfois les matières fécales sont violemment expulsées... cette phase tonique n'a duré que quelques secondes. Alors surviennent les convulsions cloniques : la tête renversée en arrière exécute des mouvements de rotation d'une extraordinaire rapidité, les paupières palpitent, les yeux roulent dans leurs orbites, la mâchoire inférieure est sans cesse agitée de mouvements qui choquent et font grincer les dents, déchirent la langue; une spume sanguinolente s'échappe des lèvres violacées; les membres s'agitent violemment dans les contorsions les plus variées... peu à peu les convulsions deviennent moins étendues et moins fréquentes, puis cessent. La période de stertor s'établit : le malade est assoupi, ses membres sont flasques et inertes, l'insensibilité est complète, la respiration bruyante. la face est livide. Lentement le malade ouvre les yeux, promène autour de lui un regard vague, hébété, il soulève sa tête, fait quelques mouvements automatiques pour rajuster ses vêtements. Puis il se relève, ne conservant en général aucune connaissance de ce qui s'est passé; mais il lui reste une somnolence et une lassitude générale qui peuvent durer un temps variable. L'accès convulsif est terminé.

Mais le clinicien ne doit pas s'attendre à entendre bien souvent dans son cabinet une description aussi complète. Les anciens nommaient l'épilepsie le « mal caduc » (de cadere, tomber). La chute est, en effet, avec les convulsions le symptôme le plus sensible à l'observateur superficiel. Et bien souvent on vient consulter pour un malade en disant : « Il tombe et a des convulsions ». Le médecin n'omettra pas alors de rechercher les petits signes et posera les questions d'usage : « Votre malade urine-t-il pendant sa crise ? Devient-il violacé ? Se mord-il la langue ? » Mais surtout il ne manquera pas de demander : « Le malade perd-il connaissance ? Garde-t-il le souvenir de ce qui lui est arrivé ? » Si l'inconscience et l'amnésie existent, le diagnostic est établi de façon quasi-certaine : il s'agit bien d'épilepsie.

Mais, dans les observations que nous allons exposer, il n'en était pas de même :

1860, INGELS (*Bulletin de la Société de médecine de Gand*).

— Observation d'un malade de 23 ans, interné depuis 5 ans pour épilepsie caractérisée; hérédité similaire.

« Le malade fait entendre un son plaintif, une espèce de vagissement, et se trouve dans un état de roideur générale, comme tétanique. Puis les convulsions commencent; la face, qui était pâle, devient vultueuse, la respiration stertoreuse, une écume spumeuse se forme à la bouche. Tous ces phénomènes restent limités à un côté du corps, l'autre côté n'éprouve guère qu'une espèce de tension sans convulsions cloniques. Pendant toute cette scène orageuse, le malade conservait sa présence d'esprit et sa sensibilité.

« Il indiquait lui-même le commencement de chaque attaque, en accusant une vive douleur dans le bras gauche. Il suivait parfaitement la progression du mal; quand celui-ci s'étendait à la poitrine et au larynx, le malade se plaignait d'une gêne extrême dans la respiration : « J'étouffe », disait-il. Il nous entendait parfaitement, nous voyait, répondait à nos questions aussi bien et promptement pendant qu'après les accès. Même pendant que les convulsions agitaient le larynx et les organes buccaux, le malade pouvait nous exprimer sa pensée; seulement, il ne pouvait énoncer que très incomplètement ses paroles à cause des contractions spasmodiques. Ce n'est qu'après que le mal avait duré huit jours au moins que les facultés intellectuelles furent atteintes; encore ne l'étaient-elles pas plus pendant les accès que durant leurs intervalles.

Ingels essaie de rapporter ces symptômes, qui étaient presque entièrement limités à la moitié du corps, à un obstacle organique siégeant dans la moitié seulement de l'axe nerveux central. « Malheureusement », dit Ingels, le malade jouit encore de toute la plénitude de sa vie, sans quoi l'autopsie aurait peut-être pu jeter quelque lumière sur cette question.

1869, FOVILLE (*Annales médico-psych.*, p. 75) rapporte le fait suivant :

« J'ai eu l'occasion d'observer chez une jeune épileptique de la Salpêtrière une convulsion très longue, bornée aux membres, et dans laquelle, par exception, la connaissance fut conservée; elle s'accompagnait d'une douleur atroce, qui dura autant que l'accès. »

1886, BANNISTER (*Neurological review*) nous parle en ces termes d'un de ses malades :

« J'arrivai près de lui comme il était dans le stade des convulsions générales, tordant ses membres et son tronc. Mais ses yeux étaient ouverts et je voyais qu'il les portait ça et là, comme s'il faisait attention à ce qui l'entourait. Je l'appelai fortement par son nom et il tourna sa tête vers moi, avec une expression intelligente, comme s'il comprenait. »

Bannister rappelle une observation de MUNSON, de Traverse City : « Les convulsions du malade étaient d'abord toniques, puis cloniques, suivies d'un tremblement et d'une rigidité générale, mais pendant tout ce temps il était évidemment conscient et il pouvait répondre clairement aux questions ». »

1890, FÉRÉ (*Les épilepsies et les épileptiques*) a observé une malade de 52 ans, sans antécédents névropathiques :

« Elle a commencé à éprouver, il y a deux ans, des accidents singuliers, qui se manifestaient quelquefois spontanément, mais le plus souvent à propos d'un effort. La malade sentait un chatouillement dans le larynx, elle faisait des mouvements de déglutition, puis il se produisait un engourdissement de la main droite et du bras, puis des membres, les jambes fléchissaient et elle tombait. La chute se faisait sans perte de connaissance et la malade se levait rapidement. Ultérieurement, la malade perd connaissance durant ses accès, elle a quelquefois des convulsions généralisées, deux ou trois fois seulement la malade a uriné sous elle. »

1894, BOMBARDA (*Revue neurologique*) : Malade de 28 ans.

« Ce malade a des crises convulsives depuis des années. Mais il reste debout et remarque les personnes qui l'entourent; il entend nettement ce qu'on lui dit, mais ne peut répondre. Il répète très exactement après sa crise les questions qu'on lui a posées durant son paroxysme convulsif. Pendant une attaque je lui ai demandé son nom, aucune réponse, puis il a prononcé : « Je ne puis. »

1894, LEMOINE (in thèse de HENNOcq) relate les trois cas suivants :

OBS. I. — Malade ayant huit à dix crises par mois, revêtant presque toujours le type suivant :

« Un matin, en faisant la visite, je lui demandai de ses nouvelles; elle se tenait appuyée contre le mur. Tout à coup, elle pâlit, son corps se raidit, s'appuie avec force contre le mur comme pour éviter une chute. Elle n'en continua pas moins la phrase qu'elle avait commencée, mais en manifestant une grande gêne de la parole, due au spasme qui resserrait les mâchoires. » Survinrent les contractions cloniques. « Voya qu'elle conservait sa connaissance entière, je lui posai quelques questions, auxquelles elle répondit les dents serrées, mais d'une façon distincte... Le lendemain la malade raconta, sans omettre, tous les détails de la crise, montrant ainsi qu'il avait eu chez elle ni perte de la conscience pendant l'accès. ... amnésie consécutive. »

Ce n'était que de temps en temps qu'elle présentait des crises classiques avec perte de connaissance.

OBS. II. — « Malade de 26 ans, épileptique depuis l'âge de 15 ans (chutes violentes, convulsions cloniques, morsures de la langue, état stertoreux consécutif). Les crises sont toutes semblables : il devient pâle et raide, puis il a le corps et la face agités par des convulsions cloniques. Mais il continue à parler et à répondre aux questions qui lui sont faites; la crise terminée, il en garde un souvenir complet. »

OBS. III. — « Malade de 21 ans, ayant en moyenne trois à

quatre crises d'épilepsie par semaine. Pendant toute la première partie de sa crise, il conserve sa connaissance et bredouille : « J'ai mal ». Ce qui prouve bien la conservation de la conscience, c'est que, lui ayant demandé une fois où il avait mal, il me répondit : « Au ventre ». Ce n'est que lorsque les convulsions deviennent plus fortes que la conscience disparaît et que la crise prend le type normal. On n'a jamais observé chez ce malade de crise évoluant tout entière avec conservation de la connaissance. »

1906, AUDÉNINO (VI<sup>e</sup> Congrès international d'anthropologie criminelle) rapporte les trois cas suivants :

1<sup>o</sup> La malade, une femme de 45 ans, répond aux questions qu'on lui pose pendant le paroxysme convulsif, bien que ses paroles soient à moitié étranglées à cause des mouvements spasmodiques. Elle sait dire dans quel milieu elle se trouve; elle sait distinguer les couleurs qu'on lui présente, les personnes qu'elle a devant elle; elle sait qu'elle est en proie à des convulsions; elle dit qu'elle voit « le miroir magique » et autres choses extravagantes.

2<sup>o</sup> Le malade de 26 ans que présente ensuite le docteur E. Audénino ne parle pas pendant l'accès, parce qu'à ce moment il a perdu toute sa mémoire, en particulier les mots qui correspondent aux choses. Mais il comprend et, l'accès terminé, il peut raconter ce qui s'est passé au cours de cet accès.

3<sup>o</sup> Ce troisième malade commence sa crise en courant, en insultant et en mordant les gens, en ramassant et en buvant tous les liquides qui lui tombent sous la main. Les convulsions viennent ensuite, parfois généralisées, mais ordinairement limitées aux muscles du visage et du cou. Quelques minutes après la cessation de l'accès, elle raconte tout ce qui s'est passé et reconnaît les personnes qui étaient autour d'elle; elle peut même répéter les paroles qu'elle a entendues. Mais pendant l'accès elle a la « langue raide » et elle n'arrive pas à articuler une parole.

1909, PIERCE CLARK (conscious Epilepsy, Amer. journ. of insanity).

« Malade de 17 ans, hérédité épileptique et névropathique. Présente des attaques depuis l'âge de 13 ans, attaques rapportées d'abord à l'hystérie, le malade n'ayant pas les stigmates mentaux de l'épilepsie et n'ayant jamais perdu conscience au cours de ces attaques. »

Voici la description d'un de ces phénomènes, d'après Clark, qui en a observé des centaines et qui les attribue à l'épilepsie :

« La malade est réveillée alors qu'elle repose calmement, profondément assoupie, par un spasme tonique ou crampe du biceps droit. Le spasme s'étend rapidement en quelques secondes, d'après l'ordre de marche suivant : bras droit, jambe droite, bras gauche, jambe gauche et face. Le spasme consiste alors en une lente contorsion giratoire, jettant la malade hors de son lit, les yeux grands ouverts et brillants. L'attaque se termine sur quelques violents spasmes choréiques.

« Durant cette dernière partie de la crise, la malade est capable de se protéger les bras et les mains en s'agrippant au lit. La malade peut alors rapporter en détail tout ce qui s'est passé durant l'attaque. Dans plusieurs de ces attaques, la malade était capable de répondre à des questions simples, de donner des instructions sur ce qu'il fallait faire pour la maintenir et la protéger en la recouvrant, et cela même pendant les crises d'apparence les plus dramatiques. La respiration est difficile et la conversation forcément entrecoupée.

« Dans environ un dixième des cas, la malade se trouve un état complet d'inconscience au cours des attaques, et ensuite ne se rappelle absolument rien. »

1912, L. MARCHAND et G. PETIT (Société clin. de méd. mentale) présentent une malade âgée de 51 ans, épileptique depuis environ cinq ans, et internée à l'occasion d'un accès confusionnel :

« Nous pouvons observer actuellement chez cette malade deux types de crises convulsives. Les unes, les plus nombreuses,

s'accompagnent des caractères classiques d'inconscience et d'amnésie : la malade perd connaissance aussitôt après la sensation de coup de poignard au cœur qui termine l'aura, et ne redevient consciente qu'après la période de stertor, n'ayant conservé de sa crise d'autre souvenir que celui de l'aura initiale.

« Dans d'autres cas, moins fréquents, la conscience ne disparaît pas pendant l'accès convulsif : la malade se trouve dans l'impossibilité d'articuler la moindre parole, de faire le moindre mouvement, mais conserve une lucidité parfaite; elle se rend compte de tout ce qui se passe autour d'elle et, de plus, est capable, la crise terminée, d'en donner un récit exact. Nous avons pu observer personnellement trois de ces crises conscientes et amnésiques, notamment un accès convulsif durant lequel les convulsions cloniques se succédèrent pendant près de dix minutes, entrecoupées seulement à de courts intervalles par quelques convulsions cloniques. Tandis que des convulsions incessantes agitaient ses membres et tordaient les traits de son visage vultueux, la malade, muette, gémissait faiblement ou grinçait des dents, conservant les yeux ouverts, les globes oculaires fixes, mais convulsés, la tête inclinée du même côté : c'était l'aspect habituel de la crise comitiale classique, et cependant la malade conserva pendant toute la durée de la crise sa lucidité; pleinement consciente des divers phénomènes dont elle était l'objet, elle put nous faire, quelques minutes après la fin des convulsions, une narration très complète et exacte de la scène qui venait de se dérouler, décrivant les diverses phases des paroxysmes convulsifs, rapportant des paroles prononcées par des assistants, indiquant les soins dont on l'avait entourée, désignant la personne qui avait essuyé sa bouche souillée d'écume, faisant observer qu'elle avait tenté de se tourner du côté du mur pour cacher les secousses de sa face, nous montrant sa langue qu'elle avait conscience d'avoir mordue.

« Cette malade a présenté une dizaine de crises convulsives, conscientes et mnésiques analogues. »

1914, DUCOSTÉ (Soc. clin. de méd. mentale) rapporte l'observation d'un malade âgé de 29 ans qui, au milieu même de

ses convulsions, conserve la pleine conscience de son moi et celle du monde extérieur.

1920, LIVET (Soc. clin. de méd. mentale) :

« Malade de 20 ans, sans antécédents comitiaux.

« Le malade fut inopinément terrassé par sa première crise convulsive, alors qu'il guidait les bœufs de sa charrue; il est tombé brusquement sur la terre; il s'est débattu des bras seulement, les jambes et la tête raides; il voyait ce qui se passait autour de lui, n'ayant pas complètement perdu connaissance, mais ne pouvant pas articuler un mot. Il n'a pas uriné dans ses effets et il ne s'est pas mordu la langue, sa respiration s'était ralentie pendant quelques instants au cours du paroxysme, elle redevint peu après forte et bruyante; enfin, il reprit l'usage de la parole et de ses membres.

« Un mois après, se trouvant chez lui sans occupation définie, brusquement il tomba comme la première fois; quelques secousses des bras, des jambes, la tête en contracture et renversée en arrière, voyant autour de lui, mais ne pouvant ni parler ni bouger; il a essayé de se relever, mais sans aucun résultat. Cette crise, à son appréciation, dura cinq à six minutes. Depuis, il eut encore six crises, se présentant toutes avec les mêmes caractères (convulsives, anarthriques, conscientes). »

Le diagnostic d'hystérie est éliminé en l'absence d'émotion provocatrice et des stigmates habituels de la grande névrose. Il semble bien qu'il s'agisse chez ce malade d'une crise convulsive épileptique, mais d'un accès incomplet.

1921, LIVET (journ. de psychologie) :

« Malade de 21 ans, ayant présenté depuis deux ans une série de crises assez atypiques et rapprochées au début de la crise émotive, quoique survenant sans aucune émotion préalable. Certaines de ces crises débutent par un cri et déterminent des morsures de la langue, jamais de miction involontaire. Aucune perte de connaissance, mais la malade ne peut prononcer une parole.

« L'accident, ayant motivé l'intervention du neurologue, s'est déroulé ainsi :

« Elle était assise près d'un foyer de charbon; elle venait de rentrer, avait froid et s'était approchée du feu pour se chauffer. Brusquement, elle sentit son aura habituelle, un chatouillement sous le bras gauche pendant deux ou trois secondes; elle ne voulut rien dire pour ne pas effrayer sa cousine, mais la crise brutale survint. Notre malade tomba de sa chaise dans le foyer; elle conserva sa lucidité consciente, se sentant glisser, tomber, la figure sur les charbons ardents, entendant grésiller ses cheveux, le tout avec une anesthésie complète à la douleur. Elle se rendait compte de tout, mais ne pouvait ni appeler, ni se dégager. »

Les caractères concomitants et la gravité même des accidents survenus étant de puissants motifs pour écarter l'hypothèse du pithiatisme ou de l'hyperémotivité, il nous a semblé que cette observation était une des plus typiques enregistrées jusqu'à présent d'épilepsie consciente, mnésique, convulsive et anarthrique.

On ne contestera pas que dans ces dix-sept observations nous retrouvons en nombre suffisant les caractères de l'accès convulsif épileptique, pour que les phénomènes décrits soient avec juste raison rattachés à l'épilepsie.

Ainsi, même en l'absence des deux caractères d'inconscience et d'amnésie qui donnent à l'accès classique son allure si particulière et si aisément reconnaissable, le diagnostic d'épilepsie peut être porté de façon certaine.

Nous devons donc admettre que l'épileptique peut conserver durant son paroxysme convulsif une connaissance suffisante pour garder de son attaque un souvenir précis.

L'accès convulsif épileptique peut être conscient et demeurer mnésique...

### § III. — Petit mal.

Auprès de cette manifestation à grand orchestre que constitue l'accès convulsif épileptique, les neurologues ont jugé bon

d'édifier des types réduits. Ils décrivent sous les noms d'absences, de vertiges, des manifestations frustes de l'épilepsie convulsive. En 1924, J. Ramsay Hunt a décrit sous le nom d'épilepsie statique un paroxysme particulier qu'il nous a semblé logique de classer avec ces manifestations de petit mal. De même, les accès anarthriques ou aphasiques, les accès pycnoleptiques (Friedmann, Moreau), les accès cataplectiques (Lhermitte et Tournay) sont rangés par bien des auteurs parmi les formes frustes du mal comitial.

La symptomatologie atténuée du petit mal nous permet de prévoir logiquement que l'atteinte des centres nerveux y est moindre que lorsque l'épilepsie se manifeste par l'accès convulsif généralisé. Nous sommes autorisé, par conséquent, à penser que les fonctions psychiques seront ici moins atteintes et que les caractères d'inconscience et d'amnésie manqueront plus souvent.

*ABSENCES EPILEPTIQUES.* — L'absence épileptique est caractérisée par une suspension brusque des fonctions psychiques supérieures qui dure deux, trois ou quatre secondes avec conservation parfois de l'activité automatique. Quand, au cours de cet accident, la conscience est conservée, les malades en font la remarque eux-mêmes; l'absence consiste alors en une simple suspension des idées; le malade ne peut plus penser, ne peut plus parler, mais il continue à être prévenu de ce qui se passe autour de lui par les diverses sensations qu'il perçoit; puis tout rentre dans l'ordre et il peut reprendre le cours de ses idées au point où elles étaient suspendues. Il conserve le souvenir des impressions perçues.

Il en était ainsi dans les cas que nous allons rapporter :

1888, HUGHLINGS JACKSON rapporte l'observation d'une malade observée par lui et par BEEVOR, qui avait des absences très fréquentes et au cours desquelles la malade croyait voir une petite femme noire qui marchait rapidement dans une cuisine; à ce moment, les yeux devenaient fixes, le visage extrême-

ment pâle et la vessie se vidait involontairement, mais il n'y avait pas de perte de connaissance.

1921, MARTIMOR (*Ann. médico-psych.*, page 439).

« Malade de 17 ans, atteint depuis dix ans d'accidents de nature comitiale (crises convulsives, fugues, vertiges). A la suite d'un traitement par le luminal, les crises convulsives ont disparu. Elles ont été remplacées par des absences de quinze à soixante secondes : perte de connaissance sans chute, pâleur et égarement de la face. Le malade, interrogé immédiatement après l'absence, raconte qu'il s'est senti tout drôle et qu'il a marché droit devant lui, sans savoir pourquoi. Il ne sait ni ne peut expliquer pourquoi il n'a pas répondu aux questions qu'on lui posait, mais se souvient de ces questions.

« Bien que le souvenir de l'absence ne persiste qu'une heure environ, cette évocation passagèrement possible de souvenirs montre qu'il y a eu fixation, donc conscience. »

Cette observation est intéressante à plus d'un titre : d'une part, il s'agit là d'une absence consciente et mnésique;

D'autre part, cette disparition du souvenir avec un certain retard doit faire ranger cette observation dans la classe de ces cas où l'amnésie est dite retardée et dont Koeppen, Dromart, Samt, Ottolenghi, Vernet, Strassmann, Delmas, Paris, ont signalé des cas typiques, ce qui permettait à Merland (thèse de Nancy, 1922) d'écrire dans ses conclusions sur cette variété d'amnésie épileptique dite retardée : « Pendant toute la durée de l'état crépusculaire, la mémoire n'est pas atteinte. Le plus souvent on a une amnésie post-crépusculaire, mais non post-paroxystique. » Enfin la substitution de l'accident conscient et mnésique aux grandes crises convulsives typiques imputable au traitement. Il y a donc ici « épilepsie dégradée ». Nous n'insistons pas sur ce détail, nous proposant d'étudier plus à fond cette intéressante notion ultérieurement.

1921, PIERCE CLARK (*Boston méd. and surg. journal*) :  
Parmi les huit observations d'équivalent épileptique cons-

cient et mnésique que rapporte cet auteur, nous en choisirons trois des plus caractéristiques :

OBS. I. — Voici ce que nous dit un malade : « Quand une crise de petit mal survient, je peux habituellement me contrôler moi-même et poursuivre une conversation ou mes occupations du moment, quelles qu'elles soient. Ces crises passent inaperçues aux yeux des autres, mais pour moi il y a simplement une sorte de tourbillon dans mon esprit. Cela dure seulement une seconde, après quoi je me sens tout comme avant. »

OBS. II. — Un autre dit : « Je me mets en garde contre moi-même lorsque se produit l'absence, et un sentiment d'étonnement me domine. Je me demande : Qui suis-je ? Pourquoi suis-je ici ? Pourquoi le monde semble-t-il autre ? Comment ai-je pu faire pour arriver ici ? Ce sentiment dure seulement quelques secondes ; cela n'arrive jamais quand je suis activement engagé dans un travail auquel je m'intéresse. Mais cela survient dans les périodes où je me trouve oisif. »

OBS. III. — Ce patient déclare : « Plusieurs états légers épileptiques se succédant, je sens que je ne dois les laisser voir à personne. Mais, si je m'aperçois bien de ce qui m'arrive, je ne peux cependant pas intervenir et je n'ai même pas le désir de le faire. »

1922, NAUDASHER (Soc. clin. de méd. mentale).

« Il s'agit d'une épilepsie qui s'est manifestée par des accès convulsifs typiques et par un délire d'interprétation partiellement mnésique, jusqu'au jour où un traitement par le luminal fut institué. Les crises convulsives ont complètement cessé à la suite de ce traitement et le délire est en voie de disparition. Mais, à l'occasion d'absences plus ou moins prolongées, le malade exécute des actes automatiques conscients et tient des propos dont le souvenir est partiellement conservé. »

1924, MARCHAND (*Presse médicale*) :

OBS. I. — Une malade a une absence au moment où elle lave le carrelage de sa cuisine ; elle continue à laver le même

coin de parquet, s'y rend compte et ne peut arrêter ou modifier les gestes automatiques qu'elle accomplit consciemment.

Obs. II. — La seconde tenait à la main un vase contenant de l'eau bouillante, quand elle fut atteinte d'une absence. Elle eut conscience du relâchement de ses muscles, du danger qu'elle allait courir, sans pouvoir s'y opposer. Elle assistait à la scène « comme une étrangère », selon ses propres termes. Elle n'en laissa pas moins tomber le vase et se brûla gravement un pied.

1926, MARCHAND ET BAUER (Soc. clin. de méd. mentale) :

« Malade sculpteur sur bois, présentant des crises comitiales depuis l'âge de 27 ans. Les accidents revêtent des aspects variés :

« Mouvements automatiques conscients;

« Absences amnésiques avec automatisme inconscient, vertiges avec ou sans chute — crises convulsives typiques, absences conscientes de la pensée : « Il perd soudain le fil de sa pensée, mais perçoit ce qui se passe. »

1927, PICARD (Th. PARIS : des actes automatiques de nature comitiale) :

Obs. X. — La malade présente, à côté de manifestations comitiales indéniables, de temps en temps, des suspensions brusques de la pensée sans perte de conscience.

Obs. XVI. — L'auteur rapporte ici le cas du malade de Marchand et Bauer, que nous venons de citer. A son sujet, il insiste sur la place que l'on doit faire à « l'irrésistibilité consciente » dans le tableau clinique de l'automatisme épileptique.

1930, MERKLEN (*Presse médicale*, page 123) :

« Une dame, aortique, présente en rapport avec son syndrome artériel des accidents épileptiques brusques, inconscients et amnésiques et parfois aussi d'autres accidents plus atténués :

pendant quelques moments la malade n'est plus maîtresse de ses paroles et de sa pensée. Elle entremêle divers concepts les uns avec les autres et tient une conversation où se mêlangent des sujets qui n'ont aucun rapport entre eux. Elle a quelque notion de sa confusion et tente d'y remédier; elle se souvient ensuite que ses idées ont manqué de clarté. »

1931, CLAUDE et BARUK (Encéphale : sur quelques formes dégradées de l'épilepsie) :

Obs. I. — Malade de 31 ans, qui présente depuis six ans des absences très caractéristiques, au cours desquelles elle exécute des actes automatiques identiques à eux-mêmes dans chaque absence. De ces absences, comme des actes automatiques qui les accompagnent elle ne conserve aucun souvenir.

Sous l'influence du traitement par le gardénal (5 centigrammes, puis 10 centigrammes par jour) les manifestations comitiales se modifient : « le malaise se passe maintenant uniquement dans ma tête, et est beaucoup moins fort », dit la malade. Elle a eu plusieurs fois l'impression qu'elle a pu arrêter un malaise qui commençait en pensant à une chose gaie. Le traitement est intensifié (15 centigrammes par jour). Alors est apparue une crise de gestes ayant les caractères d'un automatisme moteur conscient et mnésique que la malade décrit ainsi : « J'avais l'impression que mon bras et ma bouche marchaient, mais c'était absolument indépendant de ma volonté. C'était comme si je recevais une décharge électrique ».

Obs. II. — Malade de 20 ans, qui présentait depuis deux ans des absences épileptiques avec gestes absolument inconscients et amnésiques, et qui a parcouru, sous l'influence du gardénal à doses progressives, les étapes suivantes :

1° Des crises d'automatisme moteur et verbal avec une conscience partielle : le malade a pu prononcer pendant sa crise des paroles adaptées, demandant à sa mère pourquoi elle le regardait ainsi, mais il n'a eu aucun souvenir des paroles qu'il avait prononcées.

2° Puis il a présenté de l'automatisme psychologique et psychomoteur typique, caractérisé par l'apparition simultanée de

l'idée et du geste correspondant à cette idée. Cette projection idéomotrice se produisait automatiquement; elle s'accompagnait, non d'une suppression, mais d'une modification de la conscience, donnant l'impression du rêve, en même temps que se produisait brusquement l'impression de la perte de contact avec la réalité.

3° Après encore augmentation de la dose, disparition complète des malaises.

Obs. III. — Malade de 40 ans, qui depuis trois ans a « des moments d'inconscience »; brusquement le visage change et le malade émet des paroles incohérentes. Aucun souvenir de ces accès.

Sous l'influence du gardénal (0 gr. 10 par jour) les absences inconscientes disparaissent, mais sont remplacées, selon l'expression employée spontanément par le malade, par « des crises conscientes » : ce sont des « réminiscences de rêve », s'accompagnant d'une anxiété spéciale, accès oniriques très courts et susceptibles, semble-t-il, d'être partiellement dissipés sous l'influence de la volonté.

Nous avons rapporté ces trois observations bien qu'elles ne relatent pas à proprement parler des absences conscientes et mnésiques, mais bien des absences inconscientes et amnésiques transformées sous l'influence du traitement en équivalents d'aspect clinique variable, mais tous conscients et mnésiques.

Nous avons voulu rapprocher ces faits de ceux décrits par Martimor, par Naudasher (voir plus haut) et par Perrens (voir accès aphasiques). Dans toutes ces observations, le paroxysme épileptique a diminué de « hauteur », et en même temps que la gamme d'atteinte dynamique cérébrale diminuait d'intensité, l'élément psychologique a pris aux phénomènes une part inversement proportionnelle, la conscience se libérant lentement et la mémoire devenant plus précise.

1932, PERRENS (in thèse de DOTÉZAC, page 86) :

« Malade de 32 ans, aucun antécédent comitial; mais cette

malade a le caractère classique de l'épileptique : méfiante, soupçonneuse, coléreuse, impulsive... Elle est sujette depuis l'âge de 14 ans à de grandes convulsives avec perte de connaissance et à des vertiges.

« Elle présente, d'autre part, une variété de crises toute différentes; voici en quoi consistent ces crises : « Brusquement, elle se sent devenir étrange, elle a le sentiment, extrêmement pénible, qu'une crise va se déclencher, qu'elle passe de son régime ordinaire à un état pathologique qu'elle connaît et qu'elle reconnaît à ce moment. Alors, elle s'immobilise un instant, et, regardant vers le lointain, il lui semble voir arriver des formes confuses, hommes ou voitures, qu'elle voudrait distinguer plus nettement. Le sentiment qu'il faut tout faire pour éviter une crise, pour que personne ne s'aperçoive de son état, la pousse à accomplir certains actes, à se baisser, à faire semblant de ramasser un objet...

« Mais elle ne trompe personne, ses camarades, les infirmières, tous les témoins voient, à son regard égaré, et sa pâleur, aux légers mouvements de ses mâchoires, à ses mouvements saccadés et automatiques, à sa manière d'osciller sur ses jambes, qu'elle est en état de crise. S'approche-t-on d'elle pour la protéger en cas de chute, elle fait un signe de tête, un geste de la main comme pour indiquer que c'est inutile, à moins qu'elle ne dise : « ça y est, ça y est ». Tout au rebours des autres crises, qui sont suivies d'amnésie totale, elle peut rendre compte de la façon dont les dernières ont évolué. Elle les oppose les unes aux autres dans les récits qu'elle en fait avec force gestes et une déclamation théâtrale et stéréotypée. »

*ACCÈS APHASIQUES OU ANARTHRIQUES.* — Dans certains ces épileptiques en réduction, peuvent être conscients et exclusivement sur la faculté de parler, le langage intérieur ou son expression motrice se suspendant durant un temps très court. Ces accès aphasiques ou anarthriques, véritables absences épilaptiques en réduction, peuvent être conscients et mnésiques :

1913, USSE et LIVET (Soc. clin. de méd. mentale) :

« Il s'agit d'une malade âgée de 24 ans, qui, depuis l'âge de 5 ans, est sujette à deux sortes de crises : quelques crises épileptiques banales (avec perte de connaissance, convulsions et amnésie consécutive), des accès plus fréquents d'épilepsie partielle, sous forme d'aphasie motrice consciente et mnésique.

« Les crises avec perte de connaissance ne surviennent qu'une ou deux fois par mois, et ne laissent à la malade aucun souvenir, pas même celui d'une aura quelconque. Il n'y a ni cri initial, ni morsure de la langue, ni miction involontaire, mais la malade salive abondamment au cours de la crise; elle a des mouvements spasmodiques des muscles de la face; son mari a été plusieurs fois réveillé, la nuit, par le claquement des dents. Ces crises durent environ cinq minutes, ne laissant après elles qu'une brève stupeur; elles se produisent aussi bien le jour que la nuit, et sont généralement précédées et suivies d'accès multiples de la seconde variété.

« Ceux-ci, beaucoup plus fréquents, au nombre de dix à douze dans la même journée, sont généralement précédés par une sensation de fourmillement dans la poitrine; tout à coup, la malade se trouve dans l'impossibilité absolue de parler, c'est en vain qu'elle essaie de crier; elle sent sa langue comme « liée, engluée, immobilisée »; en même temps, elle éprouve un frisson, un léger tremblement dans tout le corps; elle sent parfois les mouvements spasmodiques de ses lèvres au cours de ces accès. Si ces crises surviennent dans la rue, la malade continue à marcher; bien que son allure devienne alors assez automatique et saccadée, elle peut éviter les obstacles et guider ses mouvements; lorsqu'elle est chez elle, elle s'assied en attendant la fin du « malaise ». Celui-ci dure habituellement deux à cinq minutes. La malade recouvre assez brusquement la parole et conserve le souvenir de tout ce qui s'est passé durant sa crise : elle peut répéter les paroles qui ont été prononcées à ce moment autour d'elle; elle se souvient des rues qu'elle a suivies, des affiches qu'elle a lues au cours de ses accès aphasiques, avec automatisme ambulatorio. De plus, ces dernières crises ne laissent après elles ni céphalée ni obnubilation intellectuelle. »

Il est à noter que le nombre des crises aphāsiques conscientes et mnésiques a augmenté sous l'influence du traitement bromuré, tandis que les grandes crises classiques diminuaient proportionnellement de fréquence. Cette observation est, par suite, à rapprocher des cas d'« épilepsie dégradée », que nous avons signalés précédemment.

1927, PICARD (thèse Paris : Des actes automatiques de nature comitiale) :

Dans son observation V, il s'agit d'un malade présentant, en dehors de crises convulsives typiques, des crises anarthriques conscientes, dont la description est très analogue à celle que nous font Usse et Livet, dans la précédente observation.

1932, PERRENS (in thèse de DOTÉZAC) :

« Malade de 27 ans, aucune antécédent. Présente depuis quatre ans des accès convulsifs épileptiques typiques (pâleur soudaine, cri initial, perte de connaissance, chute, convulsions, mictions involontaires, stertor). Sous l'influence du traitement par le gardénal (0 gr. 20 par jour), associé au bromure, ces crises s'espacent, puis disparaissent. Mais alors entrent en scène des accidents nouveaux, caractérisés essentiellement par une aphāsie totale : « La malade prend tout à coup un air étrange et égaré, ses pupilles se dilatent; elle fait, de la main droite, un geste indiquant que sa crise survient, cherche à s'asseoir et s'assoit en effet. Parfois, de toutes petites convulsions limitées à ses membres supérieurs. Et cela dure de quelques secondes à une minute. Pendant toute la durée de la crise, la malade perçoit des bourdonnements dans les oreilles, elle se rend un compte très exact de ce qui se passe autour d'elle, des gens qui s'empressent, des objets qui l'environnent, et cela est si vrai que ses gestes sont tout à fait adaptés aux gestes d'autrui et qu'elle peut, après la crise, rapporter sans erreur les événements qui se sont succédés.

« Mais elle est très affirmative sur ce point; son trouble consiste alors à être dans l'impossibilité de comprendre le moindre mot de ce qu'on lui dit et d'articuler un seul mot français.

Dans ses efforts pour entrer en relation avec ceux qu'elle voit parler sans les comprendre, elle prononce inlassablement, d'une façon précipitée : « Tifa, tifa ». Elle s'irrite de sentir que ces syllabes sans signification ne correspondent pas aux idées qu'elle voudrait exprimer et dont il lui semble que « son esprit est plein ». Après la crise, il existe un peu de lassitude, très passagère. »

*VERTIGE ÉPILEPTIQUE.* — Les vertiges épileptiques ne sont que des absences plus prolongées, accompagnées de quelques mouvements convulsifs, localisés le plus souvent à la face et au cou : le malade pâlit, la face et les yeux sont déviés du même côté, en même temps que quelques secousses ont lieu dans les muscles péribuccaux.

Certains sujets peuvent présenter des vertiges sans perte de connaissance : ils entendent ce qu'on leur dit et conservent le souvenir des paroles entendues. Il en était ainsi chez la malade de Marchand (presse médicale, 1924, page 290), dont nous citerons ultérieurement l'observation (voir § 4 : état de mal).

### *ÉPILEPSIE STATIQUE.*

En 1885, WITKOWSKY cite un paroxysme épileptique jusque-là non décrit :

« La malade tombe tout d'un coup et paraît avoir perdu connaissance; le faciès est pâle, les paupières restent entr'ouvertes, les globes oculaires ne sont pas réversés, les pupilles sont insensibles à la lumière; pas d'émission d'urine, pas de convulsions, relâchement musculaire complet. Cet état dure quelques minutes, puis la malade commence à pouvoir faire quelques mouvements et peut parler. Elle répète alors les paroles que l'on a prononcées devant elle; elle se rappelle que l'on a examiné ses yeux. »

N'est-ce pas là une observation typique de ces paroxysmes épileptiques caractérisés par une perte soudaine du contrôle de posture que J. Ramsay Hunt devait décrire en 1924,

sous le nom d'attaque statique. Or, dans cette observation initiale, la conversation de la conscience et de la mémoire est des plus nette. D'ailleurs, Ramsay Hunt écrit (*Revue neurologique*, sept. 1924) : « La perte de connaissance dans ce type d'attaque n'est, ni aussi profonde, ni aussi prolongée que dans l'attaque convulsive habituelle. Dans ces cas assez rares, il n'y a guère de modification de la conscience susceptible d'être appréciée ». André Thomas (*Presse médicale*, mai 1928) fait les mêmes remarques.

Ainsi, qu'il s'agisse d'attaque statique, de vertige ou d'absence, sous quelque forme que se manifeste le petit mal, le malade peut rester conscient et conserver de son attaque un souvenir précis.

#### § IV. — Etat de mal.

Les paroxysmes épileptiques peuvent dans certains cas se grouper en série continue. Parfois même ils deviennent subintrants : état de mal de Calmeil, attaques imbriquées de Trousseau.

Naturellement chacun des petits accès qui composent cet état de mal se manifeste classiquement avec les symptômes que nous lui connaissons déjà et, en particulier, l'inconscience. En tout cas, et c'est ce qui, pour Féré, caractérise l'état de mal, le malade ne reprend pas connaissance dans l'intervalle des attaques, mais reste dans un collapsus comateux.

Toutefois, la littérature médicale renferme au moins quelques cas de ces « formes aiguës » de l'épilepsie (crises sérielles et état de mal) ayant évolué sans perte absolue de connaissance :

1906, MARCHAND et OLLIVIER (*Annales médico-chir. du centre*) présentent la remarquable observation suivante :

« Malade de 20 ans, fille d'un alcoolique et d'une tuberculeuse. Pas d'aliénés dans la famille, mais plusieurs des membres de la famille sont considérés comme des faibles d'esprit.

Elle-même a toujours présenté une faiblesse intellectuelle marquée.

« Les crises épileptiques ont débuté il y a un an et se présentent sous trois types différents :

« Certaines présentent des caractères classiques (cri initial, chute, morsures de la langue, mictions involontaires);

« Dans quelques cas, l'accès convulsif se produit sans être accompagné de perte de connaissance : la malade peut répondre aux questions qu'on lui pose pendant l'accès;

« Parfois, enfin, la malade a seulement des absences.

« Un soir, la malade entra dans un état de mal qui dura neuf heures. On relève quarante-cinq accès pendant cette période. Les crises se poursuivent par séries de cinq à dix. Elles n'offrent pas toutes les mêmes caractères. Les unes, surtout celles qui apparaissent au début de l'état de mal, ont leur cortège symptomatique classique; la perte de connaissance a lieu, mais elle est assez brève; il n'y a pas de stertor consécutif véritable : la malade comprend, immédiatement après, les questions qui lui sont posées et peut y répondre. Les autres accès, les derniers particulièrement, sont incomplets, les convulsions toniques et cloniques sont moins intenses et ne s'accompagnent pas de perte de connaissance, elles portent surtout sur les membres supérieurs. Pendant ceux-ci la malade, interrogée, répond aux questions. Parfois, un coup violent sur les bras est capable de suspendre ou même d'arrêter momentanément les mouvements convulsifs.

« L'état mental de la malade à la suite de cet état de mal est caractérisé par la torpeur et la lenteur de tous les processus psychiques. »

1909, PIERCE CLARK (*American Journ. of insanity*) :

Obs. I. — Il s'agit d'un malade de 18 ans, qui souffre depuis l'enfance d'attaques généralisées et présentant tous les caractères de la crise de grand mal.

Dans une série de crises convulsives qui se succédèrent en une journée au nombre de trente, le malade se montra capable de répondre à des questions très simples et put me dire qu'il souffrait surtout dans sa main droite, qu'il avait mal à la tête

et qu'il lui semblait que son cou allait se rompre. Son élocution était indistincte; les deux côtés de sa figure contractés par un spasme rigide. Il y avait morsure de la langue et émission des urines.

OBS. II. — Cette observation est celle d'un jeune homme de 24 ans, à hérédité épileptique. Son épilepsie avait débuté à 12 ans et avait les caractères du grand mal.

Il y a un an, à ces attaques classiques, s'ajoutèrent des crises à point de départ local et suivant une progression régulière, muscle après muscle, s'étendant à tout le corps. La conscience restait intacte pendant toute la durée des crises et le malade gardait intact le souvenir de tous les horribles détails de ses attaques. Le caractère de grand mal de ces crises put être prouvé par la description pathétique que le malade en a donné dans une lettre : « J'ose dire que mes accès sont différents de ceux des autres épileptiques, dont les crises attaquent l'esprit, de telle sorte qu'ils deviennent incapables même de savoir qu'ils viennent d'avoir une crise. J'ai des attaques tout à fait semblables aux leurs, à cette différence près que les miennes ne sont pas inconscientes. Deux fois, j'ai eu de ces crises pendant deux semaines, au rythme moyen de trois cents par jour. » Les attaques avaient tendance, en effet, à se grouper en séries et en périodes d'état de mal. A ces moments-là, le malade souffre « vraiment comme un damné » et se déclare prêt à subir les risques d'une opération, certain qu'il y a quelque chose qui comprime son cerveau et qu'il mourra de douleur.

1924, SOUQUES et de MASSARY rapportent l'observation d'un jeune homme atteint d'épilepsie traumatique, chez qui des accès d'une durée de une à deux minutes chacun se répétèrent jusqu'à 400 à 500 fois dans les vingt-quatre heures, sans que, à aucun moment, il n'y eut la moindre perte de connaissance.

Dans ce cas, il est vrai, il s'agissait d'accès à type jacksonien, mais dans lesquels les convulsions gagnaient la face.

1924, L. MARCHAND (*Presse médicale*, page 290) :

« Nous avons observé dernièrement un sujet atteint depuis

plusieurs années d'épilepsie généralisée, dite essentielle, qui présenta une série de vertiges : pendant quelques jours, ces accidents se renouvelèrent trente à quarante fois par vingt-quatre heures. Il ne perdait connaissance qu'au cours de certains vertiges qui, cependant, objectivement, présentaient les mêmes caractères que ceux au cours desquels l'inconscience était absolue. Pendant les cinq à six secondes que duraient ces vertiges, le malade n'éprouvait aucune douleur dans les muscles convulsés, aucune céphalée; il ne manifestait pas d'obnubilation intellectuelle. »

Ainsi, même dans ses manifestations les plus complexes, celles qui dénotent une atteinte maximum des centres nerveux des malades — dans ses formes aiguës — l'épilepsie convulsive peut laisser intactes la conscience et la mémoire.

---

## CHAPITRE II

---

### L'ÉPILEPSIE PSYCHIQUE CONSCIENTE ET MNÉSIQUE

---

« Révéler ces faits, c'est un véritable devoir, non seulement en face de la Science, mais encore de la Justice et de la Vérité. »

TAMBURINI, 1878.

Démontrer que l'épilepsie convulsive peut exister sans que ses manifestations s'accompagnent des critères classiques d'inconscience et d'amnésie c'est, nous en convenons, d'un intérêt certain pour le clinicien. Mais ce n'est, à tout prendre, que retrancher quelques symptômes à un ensemble de phénomènes morbides dont le diagnostic reste malgré tout possible, et toute notre première partie n'a eu pour but que de préciser un tableau clinique...

Or, l'épileptique n'intéresse pas que le clinicien. Son état pathologique se manifeste parfois par des réactions antisociales qui l'amènent à rendre compte de ses actes devant les juges; nous voulons parler des impulsions.

Deux cas peuvent alors se présenter :

— Ou bien l'impulsion a été inconsciente et amnésique : l'expert conclut sans guère d'hésitation à l'épilepsie, donc à l'irresponsabilité; le prévenu est alors un malade et le juge le remet aux thérapeutes.

— Ou bien l'impulsion a été consciente et mnésique : l'expert pourra-t-il, en l'ignorance de tout signe physique, remonter de l'impulsion à sa nature comitiale ? — Oui, sans doute, s'il ne veut pas sacrifier aveuglément au dogme de l'inconscience et de l'amnésie épileptiques : et le malade dans cette hypothèse bénéficiera d'un non-lieu. — Si, au contraire, l'expert acceptant les idées de Garnier, affirme comme lui : « Nous devons rejeter du cadre des impulsions épileptiques vraies les actes accomplis avec une conscience même partielle et ayant laissé des traces dans la mémoire », l'irresponsabilité sera repoussée sans chercher plus avant : la justice suivra son cours.

Nous concevons donc quel intérêt humain il y aurait à trancher le différent. Et dans ce but, c'est un véritable devoir non plus seulement en face de la Science, mais encore de la Justice et de la Vérité, d'attirer l'attention sur les observations dans lesquelles l'impulsion d'un épileptique a pu être consciente et demeurer mnésique. C'est ce que nous proposons dans ce second chapitre.

### § I. — Les impulsions épileptiques, mnésiques et conscientes (*petit mal intellectuel de J. FALRET.*)

Les épileptiques sont généralement apathiques et sombres; mais ce fonds de tristesse habituelle est traversé par des changements d'humeur et d'allure d'une brusquerie singulière. Ce caractère mobile, explosif, ne se manifeste pas seulement dans le domaine affectif, mais encore dans le domaine idéatif.

En somme, la vie de ces individus est faite de changements à vue : ce sont des impulsifs.

Mais cette impulsivité n'est encore pas pathologique tant

que, par sa subordination aux centres corticaux, elle laisse intact le « tonus volontaire ».

Survienne une « convulsion mentale ». Les manifestations du paroxysme psychique seront alors marquées au coin de cette impulsivité qui fait le fonds de l'habitus mental de l'épileptique.

Et, en effet, c'est par des impulsions morbides que se manifeste bien souvent l'épilepsie psychique.

Il n'est guère possible de caractériser les impulsions des épileptiques selon qu'entre l'idée de l'acte et l'acte lui-même se place ou non, un intermédiaire émotif réalisant une action d'inhibition plus ou moins marquée. En effet, si l'obsession impulsive est exceptionnelle dans le mal comitial, par contre, on peut à peine dire l'impulsion motrice pure à réflexe direct plus fréquente que l'impulsion psycho-motrice qui, elle, répond à un circuit moins simple, moins rapide et s'accompagne d'un processus idéo-émotif.

Aussi nous nous contenterons de grouper les impulsions épileptiques, comme le font Morselli et Régis, d'après la nature des actes auxquels elles poussent.

D'ailleurs, quel que soit l'acte par lequel elles se concrétisent, quel que soit leur degré dans l'échelle psycho-pathologique, les impulsions des épileptiques revêtent un aspect clinique assez uniforme :

Elles sont souvent précédées d'une période d'inquiétude pendant laquelle les malades sont soupçonneux, intolérants. Quelques-uns éprouvent une angoisse mentale, une douleur psychique, à laquelle ils savent quelquefois rapporter sa valeur de signe précurseur.

Puis, qu'elles aient été ou non précédées de prodromes plus ou moins éloignés, ces impulsions éclatent soudainement, brusquement. Elles aboutissent le plus souvent à des réactions d'un caractère violent et agressif, au cours desquelles le malade déploie une force extraordinaire et, pour ainsi dire, sur-humaine. Les crises impulsives finissent brusquement, du jour au lendemain, d'une heure à l'autre : l'épileptique sort d'un

coup de son délire comme d'un rêve pénible, non toutefois sans qu'il s'ensuive un état de dépression avec, dans certains cas, sommeil stertoreux.

Enfin, chez un malade donné, les impulsions tendent à revêtir toujours le même type et c'est là un caractère remarquable et important, bien que Witkowski ait énergiquement protesté contre cette tendance des aliénistes à schématiser l'uniformité photographique des accès.

Ainsi : soudaineté d'apparition; violence aveugle et brutale; indépendance apparente des circonstances extérieures; rapidité et brièveté; répétition similaire; terminaison subite; fatigue morale et psychique consécutive — voici déjà une série précieuse de caractères nous permettant d'entrevoir un diagnostic.

Mais il en est d'autres, sinon plus constants, du moins classiquement plus spécifiques : nous voulons parler de la fameuse triade de Garnier : automatisme, perte de connaissance, amnésie.

Il est de fait que les actes par lesquels se traduisent les impulsions épileptiques portent un cachet d'automatisme très manifeste, même quand ils sont complexes et bien enchaînés.

La perte de connaissance du malade est plus discutable. D'aucuns diront : « Il n'y a pas perte de connaissance, mais effacement subit de la conscience normale »; le malade entre en état second (Azam) ou état hypnagogique (Krafft-Ebing). D'ailleurs l'inconscience n'est pas un phénomène nettement déterminé. Nous ne pouvons la reconnaître chez autrui par aucun signe visible et conjecturons sa présence par simple induction. Lorsqu'on nous dit qu'un épileptique est inconscient de ses actes, on veut seulement dire qu'il n'en conserve aucun souvenir quand il les a accomplis. Or, l'absence même du souvenir ne prouve pas du tout que l'acte oublié a été inconscient (Féré).

L'amnésie consécutive est-elle un caractère constant de l'impulsion épileptique ? Certes, bien souvent, au moment où l'attaque cesse « il semble qu'il y ait un rideau baissé ». Mais il

n'en était pas ainsi dans les observations que nous avons rassemblées et que nous nous proposons d'exposer :

### IMPULSIONS AUX ACTES DE VIOLENCE ET DE MEURTRE.

1860, FALRET (De l'état mental des épileptiques) signale trois cas intéressants :

Le malade de son observation XIII raconte : « Je ne perds jamais complètement connaissance, mais je me sens poussé à faire malgré moi des actes que je réprouve ».

Dans l'observation XV, la mémoire d'un meurtre commis en état d'impulsion épileptique est conservée avec une netteté à peu près satisfaisante.

L'observation XVIII est encore plus explicite : C'est l'histoire d'un épileptique qui va chercher auprès d'un commissaire de police protection contre lui-même; il est poussé à tuer sa femme; « il la tuera ».

1871, PAYEN (Rapport sur l'état mental de Théophile Piednoir, *Annales médico-psychologiques*).

Piednoir était atteint d'épilepsie convulsive depuis son jeune âge. Une nuit, à moitié vêtu, dans un grand état d'exaltation, il court chez son parrain, brise une fenêtre chez un voisin, va chez son beau-frère, disant qu'il est « rempli de rage » et ajoutant : « J'ai travaillé fort cette nuit ». On le reconduit à sa demeure, où l'on retrouve les cadavres du père et de la mère Piednoir, étendus, baignants dans une mare de sang, affreusement mutilés par des coups de bâton, que le meurtrier reconnaît pour son arme. Piednoir se souvint parfaitement des détails de l'évènement, et reconnaît : « Oui, c'est bien moi qui les ai tués, et ce n'est pas sans peine ». Il ne sait reconnaître les mobiles du crime, mais répond seulement : « Il fallait que ça se fit... Je sentais comme si j'étais poussé à le faire, il m'était impossible de me retenir... C'est une chose qu'il fallait qui fut faite... » Placé dans un asile d'aliénés, Piednoir mourut un mois après, à la suite d'accès convulsifs répétés.

PAYEN n'avait, en effet, pas hésité à attribuer ce double parricide à une impulsion épileptique et à déclarer l'irresponsabilité du malade, malgré les caractères atypiques de cette impulsion.

1878, TAMBURINI (Rivista spe. de frénatria) :

Cet auteur, parmi certains faits semblables, en choisit deux très probants :

Le premier a rapport à une jeune malade qui souffre depuis l'enfance de convulsions et présente actuellement deux sortes de crises : les unes sont des crises convulsives, suivies ou précédées d'agitation maniaque avec violence et perversité singulière ; les autres sont des accès de manie ayant les mêmes caractères. Or, tout souvenir est perdu des accès de manie qui accompagnent les accidents convulsifs, tandis que la mémoire fixe « intégralement et pour toujours » les péripéties de l'accès maniaque isolé. La malade raconte qu'elle se sent, dans ces périodes d'agitation, « dominée par ses idées de destruction ; une force irrésistible l'oblige à agir dans ce sens ; si elle avait un couteau, elle le plongerait dans le ventre même de sa mère. »

Elle est avertie de l'imminence de ces accès par une sensation spéciale de malaise, et sollicite alors « pour se prémunir contre elle-même », une forte dose de Chloral.

Dans la seconde observation de TAMBURINI, il s'agit d'un homme de 35 ans, dont l'enfance fut traversée « d'absences ». A 15 ans, ces phénomènes furent remplacés par de véritables attaques convulsives de type comitial. Elles étaient suivies d'une agitation très dangereuse et très violente.

Il finit par être enfermé dans un asile. Là, on remarque qu'à la suite de chaque accès d'épilepsie il est pris d'agitation, accompagnée de propos désordonnés et d'actes violents. Au milieu de cette agitation, il répond très bien aux demandes qui lui sont faites... Le calme revient au bout de quelques jours. Si on l'interroge alors, il dit ne pas se rappeler son accès convulsif, mais il conserve « un souvenir net et durable » de l'accès maniaque qui l'a suivi. Il le raconte en détail, expliquant « qu'il ne peut pas s'empêcher d'agir comme il le fait, bien qu'il sente que ce soit une faute ».

Dans un cas, Tamburini, nommé expert à l'effet d'examiner l'état mental d'un individu prévenu d'homicide, le déclara irresponsable, comme ayant agi sous l'impérieuse poussée d'une impulsion épileptique. Et cependant, le souvenir du meurtre subsistait dans toute son intégrité.

1886, BALL (*Encéphale*, page 247) :

L'auteur rapporte un fait qu'il emprunte à TUKE et BUCKNILL.

« Un épileptique est reçu à l'asile de Wickfield ; il ne présentait pas, au moment de son entrée, de troubles psychiques, mais il prévint le médecin que, selon toute probabilité, il commettrait des actes de violence à la première attaque. Cette prédiction ne tarda pas à se vérifier. Deux attaques successives se produisent ; aussitôt après, le malade frappe violemment un de ses gardiens et insulte le docteur. Le lendemain, il s'excuse auprès de ce médecin et lui demande pardon des actes de violence qu'il avait commis et des insultes qu'il lui avait adressées, et dont il avait conservé un souvenir très complet. »

Une malade de BALL, épileptique, éprouve trois sortes de crises : vertiges et absences, délire d'action, convulsions nettement comitiales. Or, depuis quelque temps, un certain nombre de crises de délire d'action sont accompagnées d'une conservation partielle de la mémoire.

« Dans une de ces crises, elle dit à son mari : « Je vais te mordre. » Puis elle s'est efforcée de mettre à exécution cette menace ; elle l'a mordu et lui a craché à la figure. Au réveil, elle s'est parfaitement rappelé cette circonstance. Dans une autre crise, elle saisit un encrier qui se trouvait sur un meuble et le jeta à la tête de sa mère. Quelques minutes après, l'accès ayant cessé, elle se rappela spontanément ce qui s'était passé et se confondit en excuses. »

1904, RONCORONI (*Archivio di psichiatria, neuropatologia, etc.*) :

Malade de 29 ans, issu d'une famille dans laquelle l'épilepsie n'est pas rare, et qui donna dix-sept coups de couteau à un

aubergiste, et, immédiatement après son arrestation, raconta la scène aux gendarmes; il avait éprouvé des phénomènes d'angoisse, il n'avait aucune raison de commettre ce crime. Depuis, il a complètement oublié ce qui s'était passé.

Interné et examiné, ce malade a eu des manifestations vertigineuses. Roncoroni admet que ce crime a été commis au cours d'une impulsion épileptique consciente et où l'amnésie a été retardée.

1907, Docteur H.-O. SCHLUB (*Annales médico-psychologiques*) :

L'auteur rapporte l'homicide d'un jeune italien qui, sans raison aucune, prend son revolver, descend de chez lui et décharge son arme sur un de ses camarades, puis s'enfuit la cacher, « de crainte d'avoir une amende ».

Malgré la conservation à peu près parfaite de la mémoire de l'acte, l'auteur n'hésita pas à porter le diagnostic d'épilepsie larvée, « sur la simple constatation chez le criminel des stigmates du caractère épileptique (une intelligence faible, de l'irritabilité et l'humeur changeante), et sur l'existence de crises qui tiennent beaucoup de la crise épileptique classique (accès de colère au cours desquels le malade bave et se mord la langue) ». Il affirma l'irresponsabilité.

1913, TRÉNEL et RAYNIER (Soc. clin. de méd. mentale) :

Malade qui a présenté, peut-être en rapport avec une attaque épileptique, une sorte d'état crépusculaire, dans lequel il était obsédé par une idée homicide d'une intensité telle que le sujet se retraçait par avance la scène du meurtre. Cette impulsion était consciente et demeura mnésique.

Nous devons rapprocher de ces faits d'impulsions aux actes de violence et de meurtre quelques observations de colère pathologique glanées parmi les auteurs.

## COLERE PATHOLOGIQUE.

1911, RÉMOND et FONTAINE (*Archives d'anthropologie criminelle*, cité par GALVAING, thèse Toulouse) :

Obs. I. — Malade de 30 ans, présentant depuis l'âge de 7 ans des crises épileptiques. Ces crises, d'abord simplement convulsives, sont ensuite accompagnées ou remplacées par des impulsions au cours desquelles il commet toutes sortes d'actes délictueux : il a tenté d'incendier sa maison, frappé ses parents, etc... Il se rappelle parfaitement ses actes et les regrette beaucoup. « Cela me vient comme un rêve, et je me demande, lorsque j'y réfléchis, où je suis allé chercher tout ce qui me passe par la tête à ce moment-là. »

Interné, le malade manifeste régulièrement des impulsions conscientes et mnésiques. C'est ainsi qu'il quitte un jour l'atelier où il est occupé, court vers le cabinet du médecin de l'asile, enfonce la porte, casse les vitres, puis... se dirige de lui-même vers le quartier cellulaire, où il demande à être enfermé sur l'heure...

Obs. II. — Malade de 37 ans, ouvrier boulanger.

Il y a treize ans, à la suite d'une discussion avec sa maîtresse, il se loge une balle de revolver dans la tête. Cette balle est localisée, par la radiographie, à 2 cm. 1/2 au-dessus et à 1 centimètre en arrière de la selle turcique.

Depuis cette tentative de suicide, il est devenu épileptique; épilepsie jaksonnienne il est vrai. L'existence de ces crises ne peut être mise en doute, elles ont été constatées par plusieurs témoins.

Il est, d'autre part, sujet à des accès de colère furieuse, peu motivée, et en avertit sa maîtresse. Au cours d'une de ces colères extrêmement violente, il tue à coup de tiers-point cette femme, pour laquelle il avait jadis tenté de se suicider. Sa colère tomba de suite. Il garde de son crime un souvenir à peu près complet.

L'expert, malgré cela, admet dans son rapport l'irresponsabilité par épilepsie et la nécessité d'un internement définitif,

Ces conclusions furent adoptées par le tribunal et le malade placé dans un asile.

1931, Observation inédite, due à l'obligeance de M. le professeur ABADIE :

C..., 21 ans, monteur métallurgiste. Entre au pavillon d'observation psychiatrique pour « troubles cérébraux liés à une trépanation, et crises épileptiformes ».

En juin 1930, il a fait une chute d'une hauteur de cinq à six mètres. « Enfoncement de la région occipito-pariétale médiane avec disjonction des sutures pariétales et pariéto-frontale gauche », dit le rapport d'expertise.

Trépanation suivie du relèvement du pariétal droit, qui comprimait les circonvolutions pariétales droites.

Depuis, il présente :

1° Des troubles graves du caractère : irascibilité constante, se traduisant par des colères impulsives avec cris, injures, menaces, bris d'objets, réactions brutales et dangereuses à l'égard, soit d'animaux inoffensifs, soit de ses parents. Il a tenté d'étrangler sa tante; un autre jour il lance un marteau à la tête de sa mère (le tout sans motif).

2° Chutes subites, brutales, avec perte très brève de connaissance, parfois même incomplète. Puis, au bout d'une minute à peine, le malade se relève seul, sans éprouver de troubles résiduels. Pas de convulsions, mais mictions involontaires et morsures de la langue. Le souvenir de ces accès est conservé de façon à peu près exacte.

3° Céphalées à début et à terminaison brusques, d'une durée de quelques heures en général.

4° Crises survenant brusquement et sans cause, et qui consistent d'après lui en « un tournement de tête, avec obscurcissement transitoire de la vue; puis apparaît un sentiment de colère intense et un besoin impérieux de marcher ».

Il part, alors, à n'importe quelle heure et par n'importe quel temps, même la nuit. Au cours de ces randonnées, il ne dit rien à personne, mais frappe rageusement de son bâton les animaux qu'il rencontre, et tout spécialement les canards qui, dit-

il, « l'agacent par leur dandinement ». Au bout de quelques heures, il rentre chez lui, harassé, mais en état de violente colère. Il garde un souvenir, à vrai dire un peu confus, de ce qu'il a fait pendant ces périodes.

5° Dans sa cellule, le malade a fait une tentative de suicide par strangulation. Une autre fois, il s'est enfoncé profondément dans l'oreille un bouton de chemise, qu'on a dû retirer avec une pince.

Réaction de B-W négative, pas de modification du liquide céphalo-rachidien.

Le médecin inspecteur des asiles attribue ces troubles divers et ces impulsions à une épilepsie larvée, traumatique et décide l'internement.

### *IMPULSIONS AU SUICIDE.*

1899, DUCOSTÉ Thèse Bordeaux) :

Obs. I. — Malade de 29 ans. Père original, fantasque. A eu dans l'enfance des convulsions; il a uriné au lit jusqu'à 14 ans. Pas d'antécédents comitiaux, cependant crises de migraine fréquentes. Pas de signes de dégénérescence.

Caractère très vif : il s'emporte facilement pour les moindres motifs. Se fait remarquer par un amour de la controverse, qui tourne souvent à l'animosité envers ses contradicteurs.

A présenté pendant dix-huit mois des crises de « suicide impulsif conscient ». Ces crises surviennent à intervalle régulier (trois semaines à un mois) et sont identiques entre elles. Voici le récit d'une de ces crises, observée par DUCOSTÉ :

« Une après-dîner, vers six heures, Jérôme était dans sa chambre et coupait les pages d'un livre, lorsqu'il le ferme brusquement et me dit : « Bon ! je vais avoir envie de me tuer. Ne vous effrayez pas, cela me vient de temps à autre ». Il marche de long en large à pas lents, la tête baissée. Il ne me dit rien pendant une dizaine de minutes. Puis, d'une voix légèrement tremblante : « Vraiment, c'est étonnant ! je tiens à la vie, je considère le suicide comme une lâcheté, une rébellion contre

la volonté de Dieu, et je ne sais pas quelle force me pousse à me tuer par n'importe quel moyen. »

Il continue sa promenade, puis s'assied, met la tête dans ses mains et semble absorbé pendant quelque temps. Puis : « Ah ! si j'avais un couteau, je me frapperais, frapperais, frapperais... Mille morts plutôt qu'une. Et cependant, je ne veux pas... Ne vous effrayez pas... Bientôt ce sera passé. Il faut attendre. C'est mon démon qui me domine... Et je ne suis pas fou du tout... C'est une épreuve... Mais je serai plus fort. »

Il y a une demi-heure environ qu'il est « sous la domination de son démon ». Il se lève brusquement, renverse sa chaise et me crie : « Ah ! vous savez, si je tente de me tuer, empêchez-moi. A nous deux nous vaincrons ça. » Puis il arpente fiévreusement la pièce, en répétant : « Non ! non ! non ! » Cela ne dure que deux ou trois minutes. Enfin il s'arrête, s'assied, et me dit en souriant : « Voilà, c'est fini, absolument fini, jusqu'à la prochaine fois... J'ai bien mal de tête; je suis fatigué; je dormirais volontiers. » Il répète ces mots d'une voix déjà somnolente. Je lui offre de se coucher dans mon lit : je le veillerai; il accepte, se couche, s'endort presque immédiatement en me disant : « Demain, je vous raconterai... raconterai... ». Le sommeil est paisible. Le lendemain, à cinq heures, il se réveille; il est frais, dispos, d'une humeur charmante.

Sous l'influence d'excès sexuels et d'un sérieux surmenage intellectuel, se substituent à ces crises de suicide impulsif de grandes attaques comitiales classiques.

Le traitement bromuré fait disparaître ces crises convulsives. Mais les accès de suicide impulsif conscient, qui ne s'étaient pas montrés depuis l'entrée en scène des convulsions, reparaissent avec une fréquence et une force particulièrement fâcheuses. Il a eu même une impulsion homicide parfaitement consciente, contre laquelle il a pu lutter : il se sentait poussé à tuer, « broyer », déchiqûeter « sa maîtresse », pour laquelle il a cependant une affection et un respect tout particuliers.

Le malade cesse alors l'usage du bromure, « préférant supporter ses attaques convulsives que ses attaques de suicide, auxquelles, un jour ou l'autre, il ne pourrait résister ». Les crises

convulsives reprennent mensuellement, séparées par quelques vertiges. Les impulsions ont complètement disparues.

On ne saurait nier que, si les caractères mêmes de l'impulsion n'y faisaient songer, la substitution de l'attaque convulsive comitiale à l'impulsion suicide (sous l'influence du traitement) suffiraient à faire rattacher celle-ci à l'épilepsie.

Les autres observations de Ducosté sont moins convaincantes :

OBS. II. — X..., officier d'infanterie, 44 ans. Aucun antécédent comitial.

Depuis sept ou huit ans, le malade a des impulsions au suicide. Cela survient brusquement. Quelques secondes avant la crise, sensation de tristesse : il lui semble que « tout est recouvert d'un voile de désolation ». L'impulsion suicide est violente ; on y retrouve ce même caractère qui faisait dire au premier malade : « Mille morts plutôt qu'une ». Ici, le malade « se ferait hacher par une pièce de marine ». Il résiste cependant, parce que : « se tuer, c'est lâche, c'est comme une désertion en face de l'ennemi ». L'impulsion dure dix minutes ; la terminaison en est brusque ; un besoin impérieux de dormir y succède.

Malgré l'échec total de la médication spécifique, l'auteur rattache encore ce suicide impulsif conscient à l'épilepsie par suite de la ressemblance des caractères de cette impulsion avec celles que présentait le précédent malade.

OBS. III et IV. — Il s'agit dans ces deux observations d'une impulsion suicide héréditaire. Là encore, l'impulsion est consciente. Mais le diagnostic n'est justifié que par l'étude du caractère des malades (père et fils) et de quelques particularités des impulsions qu'ils présentent.

1926, CERNANTZÉANU-ORNSTEIN (Soc. roumaine de neuro. psych., etc.) signale pareille impulsion suicide consciente et mnésique au milieu d'un délire hallucinatoire transitoire qu'il rattache à l'épilepsie.

1926, HEUYER et MERKLEN (*Annale médico-psych.*, tome II, p. 406) :

Il s'agit d'une épileptique chez laquelle on trouve des troubles comitiaux de divers ordres :

a) Des crises convulsives inconscientes et amnésiques;

b) Des épisodes impulsifs moteurs (tentatives de suicide) et verbaux (propos mystiques et érotiques), parfaitement conscients et mnésiques.

Nous rapportons le récit d'une de ces impulsions suicide conscientes, tel qu'il a été fait à HEUYER et MERKLEN : « Le 20 octobre 1918, la malade se sentit commander de se « jeter au feu »; ce fut une inspiration : elle n'entendit pas de voix. Elle se jeta dans la cendre (il y avait peu de feu). Elle se releva brusquement et courut se jeter dans une mare presque à sec, se roula dans la boue, puis se jeta dans un puits de trente-trois mètres de profondeur, attrapa la chaîne qui se brisa au dernier anneau, et tomba dans le puits; elle était en pleine connaissance : elle remonta à la surface de l'eau, s'accota à la paroi et appuya ses deux pieds à la paroi opposée. Son père alla chercher du secours. On lui lança une grande corde, elle s'attacha elle-même, fit un nœud coulant, tint la corde; on tira doucement, elle marchait sur la paroi pendant que la corde montait. Elle avait donc entièrement conscience de la situation. Une fois sortie du puits, elle croisa les bras, regarda son père en disant : « Tu vois, papa, que c'est utile d'avoir du nerf. » Puis elle eut une crise convulsive très violente, suivie d'un état confusionnel dont elle ne garda pas le souvenir. »

Ces accidents impulsifs ont une soudaineté, une brutalité, une violence qui paraissent spécifiques de l'épilepsie. Ils semblent donc (HEUYER et MERKLEN) devoir être considérés comme des accidents épileptiques au même titre que les impulsions épileptiques et les crises convulsives amnésiques qui les suivent, les précèdent ou se mélangent à eux.

Nous ne ferons que signaler, à la suite de ces faits de suicide impulsif épileptique conscient, que Masini a rapporté quelques *impulsions à l'auto-mutilation* restées conscientes et mnésiques.

## IMPULSIONS AU VOL

1908, HAMELIN (Thèse de Lille : Contribution à l'étude des fugues).

Dans son observation IV, Hamelin nous relate l'histoire d'un malade qui a été emprisonné à plusieurs reprises pour des vols qu'il raconte ainsi : « Sur le marché de la ville de N..., où je me trouvais, j'ai été tout à coup comme poussé à m'emparer de lapins blancs qu'une fermière des environs vendait. Je mis les lapins sous mon vêtement et m'enfuis. » Ulérieurement, le malade vole deux chevaux blancs et déclare « être poussé par une force irrésistible à s'emparer, à certains moments, de tout ce qui est blanc et brillant. »

Il nous semble que ces impulsions mnésiques et conscientes au vol, peuvent être rapportées au mal comitial dont l'existence est démontrée chez ce malade par des impulsions ultérieures, celles-ci inconscientes et aboutissant à des fugues du type épileptique classique.

1924, MARTIN de LYON (in thèse de Maulin : Vols pathologiques et épilepsie).

Jeune homme inculpé de vols dans les magasins. Les actes reprochés sont illogiques, incohérents et incompréhensibles chez un jeune homme de sa condition. Il semble qu'il avait perdu la conscience et le libre contrôle de ses actes, et, cependant il en a conservé le souvenir. Or, ce malade présente des manifestations d'épilepsie traumatique (vertiges, absences).

Professeur de médecine légale, le docteur Martin, désigné comme expert, n'hésite pas à conclure malgré l'absence d'amnésie :

« Les vols qui sont reprochés à X... ont été commis au moment où le malade était sous le coup d'une impulsion épileptique. Il doit, en conséquence, être considéré comme irresponsable de ses actes. »

Cependant MAULIN conclut : « Nous continuons à penser que les vrais vols épileptiques sont ordinairement inconscients et amnésiques, et que ces deux qualificatifs restent encore les meilleurs caractères de l'impulsion comitiale. »

### *IMPULSIONS A L'EXHIBITIONNISME.*

SCHUCHARDT (cité par KRAFFT-EBBING) relate l'observation d'un sujet de 29 ans atteint de vertiges épileptiques; s'est exhibé à plusieurs reprises en public. Il prétend que quelques heures avant les actes dont il est accusé, il se sentait inquiet et éprouvait une angoisse avec oppression. Arrivé au summum de cet état, il sortait sans but de sa maison et exhibait quelque part ses parties génitales. Rentré chez lui, il se sentait très fatigué et déprimé. Il avait gardé de ces incidents « comme un souvenir de rêve ».

1886, MOTET (*Annales d'hygiène et de médecine légale*) rapporte le cas d'un malade atteint de vertiges et de divers équivalents épileptiques, poursuivi pour outrages publics à la pudeur : se trouvant seul dans un wagon de deuxième classe, il s'est mis à la portière, ses parties génitales à découvert; il a conservé cette attitude pendant un laps de temps qu'il évalue à dix minutes. Le fait est certain, il est avoué avec une entière sincérité. Un autre jour dans une gare, il se déboutonne et pisse au travers du guichet de distribution des billets; une autre fois, il causait sur une place publique avec un docteur de la ville, lorsqu'un père de famille des plus honorables vint à passer; l'apercevant, il s'interrompt et l'interpelle en ces termes : « J'ai vu votre fille et je me suis masturbé en pensant à elle »;

Il avoue qu'il lui est arrivé, étant à la chasse dans la campagne, d'attaquer des paysannes et de les posséder plutôt de force que de gré.

A son dire, il subit un entraînement auquel il est incapable de résister; quand la sollicitude génitale est éveillée, tout pour lui disparaît, et soit par la parole, soit par le geste, soit par l'acte, l'impulsion se traduit avec une brutalité excessive.

Sur l'existence de cette conservation de la mémoire et de la conscience, Motet se refuse à attribuer ces impulsions à l'épilepsie et déclare son malade responsable.

Pribat, qui reprend cette observation dans sa thèse (Paris, 1894, Obs. VI), prétend que malgré leur caractère atypique et l'absence des signes habituels d'amnésie et d'inconscience, ces impulsions doivent bien être considérées comme de nature comitiale. Le malade a été condamné à tort, par méconnaissance de ces formes d'épilepsie larvée consciente et mnésique.

Enfin, pour clore cet exposé de faits d'impulsions à des actes délictueux ou criminels dont la nature épileptique semble confirmée malgré l'absence d'inconscience et d'amnésie, nous signalerons que des *Impulsions Pyromaniaques*, épileptiques, conscientes et mnésiques, ont été rapportées par Rémond et Fontaine (voir obs. citée plus haut), par Turrenc et par Cernantzéanu-Ornstein (voir au § II de notre second chapitre).

Mais, si certaines des impulsions des épileptiques les amènent à rendre compte de leurs actes devant la justice, certaines autres sont plus inoffensives : elles poussent le malade à des actes absurdes, à des paroles et des déclamations inhabituelles, à des actes procursifs. Dans ces impulsions innocentes comme dans les « impulsions médico-légales », la conscience et la mémoire peuvent encore être conservées, ainsi qu'en font foi les observations suivantes :

### PARLER IMPULSIF.

1927, PICARD (Thèse de Paris) :

OBS. XIV. — Le malade, dans ses paroxysmes épileptiques, n'a pas toujours une abolition complète de la conscience. Il perçoit, mais n'intègre pas ses actes dans sa personnalité. Une fois, chez des amis, il a récité, hors de propos et sur un rythme rapide, « la mort du pélican » d'Alfred de Musset. Il ne s'entendait que très vaguement ; il ne percevait sa voix que murmurée ; il ne pouvait en retenir le flux : « C'est comme une personne

très éloignée qui parle, je n'ai pas l'impression que c'est moi, dira-t-il ».

Cette observation nous semble devoir être rapprochée de ces cas d' « épilepsie marmottante » signalés par Cheadle (muttering epilepsy; *British med. journal*, 1875) : chez ces malades le marmottement automatique constitue tout l'accès. Le malade comprend parfaitement ce qu'il dit, et l'absurdité de ce qu'il dit, mais les mouvements d'articulation se font spasmodiquement, malgré lui. (Féré, page 141.)

### IMPULSIONS A DES ACTES ABSURDES INCLAS- SABLES.

1920, DUCOSTÉ (Soc. médico-psychologique) :

Chez la malade de sa seconde observation, on note une association de crises convulsives inconscientes et amnésiques indubitablement épileptiques, et de divers paroxysmes psychiques parfaitement conscients et mnésiques.

Qu'il nous suffise d'en citer un, assez démonstratif : « La malade regardait une vitrine de modiste, quand soudain elle traverse la rue et dépose derrière une porte sa bourse et son sac à main. Puis elle part et erre dans la ville. Deux heures après, elle vient reprendre ce qu'elle avait caché derrière cette porte. »

Cet acte absurde était parfaitement conscient et demeura mnésique.

### IMPULSIONS AUX ACTES PROCURSIFS, FUGUES, AUTOMASTIME AMBULATOIRE.

Il existe des individus chez qui le besoin de se déplacer et de courir les chemins est habituel : ce vagabondage constitutionnel entre un peu dans le cadre de la pathologie mentale, et le législateur, inspiré par le psychiatre, s'en inquiète et lutte contre ce mal social.

Mais, auprès de ces dromomanes chroniques, existent des

dromomanes aigus, par accès, et parmi eux, en bonne place, se rangent les épileptiques.

Dans certains cas, la sollicitation motrice est d'une durée très brève : le malade fait quelques pas en courant, ou bien il marche de long en large pendant quelques minutes d'une allure rapide et saccadée. Cette « épilepsie procursive » est surtout fréquente chez les enfants.

Dans d'autres cas l'impulsion motrice a une durée plus longue. L'impulsion à la fugue, déjà connue d'Hippocrate, se confond avec l'automatisme ambulateur que Charcot a si magistralement décrit dans ses leçons du Mardi (1889, XIV<sup>e</sup> leçon).

Comment se comportent la mémoire et la conscience au cours de ces états ?

Donath qui a écrit un travail très consciencieux sur « l'impulsion à voyager des épileptiques », (*Archiv. für psych.*, XXXII, 2), ne croit pas que l'amnésie soit un caractère obligatoire des accidents épileptiques. Il pense que, dans le vagabondage impulsif, le trouble de la connaissance peut faire totalement défaut ou passer par sa légèreté à l'arrière-plan.

Heilbronner, qui, en 1903, exécute sur ce sujet une grosse étude, écrit dans ses conclusions : « les fugues des épileptiques ne se distinguent en aucune façon des fugues des malades non épileptiques, ni par la manière dont se comporte la mémoire, ni par aucune autre condition spéciale. »

Maxwell, moins catégorique, résume l'opinion des auteurs à cette même date, quand il écrit, parlant de l'impulsion à la fugue : « les souvenirs peuvent être plus ou moins conservés. Dans les cas les plus ordinaires, le malade se rappelle les événements d'une manière confuse et indistincte. Il peut avoir de la paramnésie de certitude ou d'identification, et ne pouvoir pas dire où et quand l'événement dont il se souvient s'est accompli. De même, il peut se rappeler certains faits et en oublier d'autres. Dans beaucoup de cas le malade ne se rappelle qu'un détail, souvent insignifiant; par exemple le menu d'un repas, un écriteau lu en chemin, un animal rencontré.

Les souvenirs ne sont pas tous perdus ou tous conservés; il y a une foule d'états intermédiaires entre l'amnésie complète et la conservation parfaite des souvenirs. Il est important d'en tenir compte parce que les médecins sont trop souvent tentés de douter du caractère épileptique des fugues dont le sujet a, dans une certaine mesure, la conscience et le souvenir. »

Cependant Hamelin, en 1908, dira encore : « dans l'automatisme ambulateur la fugue est inconsciente et amnésique... la fugue a lieu dans une sorte de dédoublement de la conscience, et résulte du jeu des centres inférieurs. » Et, en 1909, Joffroy et Dupouy considèrent que « les fugues épileptiques portent la marque constante de la confusion. »

Il n'en était pourtant point ainsi dans les quelques observations que nous allons citer :

1907, H. CLAUDE et BAUDOUIN (Encéphale) rapportent deux observations d'« épilepsie procursive consciente » :

Obs. I. — Epileptique de 25 ans, et ayant depuis l'âge de 18 ans des accès convulsifs typiques annoncés par des malaises à quoi la malade sait reconnaître que le paroxysme comitial va avoir lieu. Un jour, le malaise annonciateur la prend comme de coutume. Mais la crise n'a pas lieu : « Une idée plus forte que moi, dit la malade, me prit de m'en aller dans la cour en criant que je voulais partir. Par trois fois ces cris m'ont pris comme si c'était un être surnaturel qui me forçait à les pousser ». Pendant cet épisode qui dura deux heures, la malade marche à grands pas, courant, dansant, les yeux hagards, faisant des gestes automatiques, tirant la langue. Rien ne pouvait l'arrêter et elle repoussait brutalement qui lui parlait. Elle se calma peu à peu et finit par s'endormir, terrassée. Trois mois plus tard, une crise analogue survient, que la « malade raconte avec plus de détails : « Il me semble que j'avais à ce moment un être surnaturel en moi, qui, malgré ma volonté, me force absolument à crier et à me débattre. Il me semble qu'à ce moment là je ferais du mal à quiconque voudrait me forcer à rester tranquille... Je me rends parfaitement compte de ce qui se passe autour de moi, des personnes qui m'entourent et de tout ce qui

se dit ». La crise dura une demi-heure, après quoi la malade se recoucha épuisée, et s'endormit. »

Obs. II. — Epileptique de 22 ans. Il éprouve à table un « éblouissement », puis un besoin de marcher irrésistible : il tourne alors dans l'appartement, bousculant les personnes qui veulent l'arrêter, renversant les meubles. Le malade affirme qu'il se rend compte de ce qu'il fait, de ce qu'on lui dit, mais il ne peut parler : quand on l'empêche de passer, il pousse des cris inarticulés. La crise dure de cinq à dix minutes. Elle se termine brusquement ; le malade s'assoit épuisé, la respiration bruyante : on le couche et il s'endort profondément. Quand il se réveille, il raconte ce qui s'est passé, n'oubliant aucun incident.

Dans le récit de ces crises, le malade insiste sur l'irrésistibilité de l'impulsion « au cours de laquelle il ne connaît pas d'obstacle ».

De plus, crises épileptiques nocturnes, mais dont le malade ne garde aucun souvenir : il s'en aperçoit par la sensation de fatigue intense qu'il a au réveil et par les traces de salive sanglante sur son oreiller.

Les auteurs considèrent ces deux cas comme représentant des équivalents psychiques de l'épilepsie et les cataloguent « épilepsie procursive consciente ». Ils insistent sur l'intérêt médico-légal de ces cas.

1920, DUCOSTÉ (Soc. médico-psychologique) :

Un jeune homme de 18 ans, à la suite d'une crise rapide de contracture accompagnée d'angoisse, se sent poussé à quitter son domicile ; il part et marche pendant des heures : il a pu rester absent un jour et une nuit. La conscience pendant cette fugue est un peu obscurcie, en ce sens que le sujet ne résiste pas à son impulsion. Cependant, il sait très bien où il est, ne commet aucun acte excentrique ou répréhensible ; il se souvient exactement des lieux par où il a passé, de ce qu'il y a fait et même, à l'occasion, de ses réponses à tel promeneur qui lui a demandé un renseignement. A certains moments son trouble disparaît : il fait demi-tour pour rentrer chez lui, mais, ressaisi

quelques minutes après par son impulsion, il reprend sa fugue.

1925, TOULOUSE, MARCHAND et MONTASSUT (Soc. clin. de méd., ment.) présentent une malade qui est atteinte de manifestations psychiques ainsi caractérisées : fugues à début brusque par un accès vertigineux, absence de mobiles, léger état confusionnel, terminaison brusque, fatigue psychique consécutive. La particularité intéressante est la conservation de quelques souvenirs et la tenue suffisamment correcte de la malade pendant la fugue, lui permettant d'éviter les accidents et même son arrestation dans une ville aussi mouvementée que Paris.

Aussi, les auteurs concluent : « La cohérence, la coordination, la logique apparente des actes au cours des fugues ne doivent pas toujours faire rejeter le diagnostic d'automatisme ambulatoire épileptique. »

1926, HEUYER et MERKLEN (*Annales médico-psychol.*, tome 2, p. 406) citent une malade de HEUYER et LAMACHE qui présente des crises convulsives typiques, et des fugues qui, malgré un éthylisme surajouté semblent bien devoir être rapportées à l'épilepsie. Certaines sont inconscientes et amnésiques, cependant certaines fugues dromomaniaques sont partiellement mnésiques.

1931, le malade C... que nous avons observé dans le service du professeur ABADIE et dont nous avons rapporté plus haut l'observation résumée au sujet des « impulsions aux actes de violence et de meurtre », est pris brusquement d'un « tournoiement de tête, avec obscurcissement transitoire de la vue ; puis apparaît un sentiment de colère intense et un besoin impérieux de marcher. « Il part alors, à n'importe quelle heure et par n'importe quel temps, même la nuit. Au cours de ces randonnées, il ne dit rien à personne, mais frappe rageusement de son bâton les animaux qu'il rencontre et tout spécialement les canards qui, dit-il, « l'agacent par leur dandinement ». Au bout de quelques heures, il rentre chez lui, harassé, mais toujours en état de violente colère. Il garde un souvenir, à vrai dire un peu confus, de ce qu'il a fait pendant ces périodes. »

En résumé, il semble que nous devions rejeter les conclusions de W.-H. Pritchard (*Ohio State Medical Journal*, Mars 1910), qui nous dit : « Le trait caractéristique de l'automatisme ambulatorio de l'épileptique est l'impossibilité *totale* pour le sujet de se rappeler le moindre événement (fait), une fois l'état d'automatisme terminé ». Nous croyons devoir admettre avec Benon qu'il peut se produire chez les épileptiques en état de fugue des « alternatives consciencielles » d'une durée suffisante pour que le souvenir de l'accès dromomanique se fixe de façon définitive. Dans ces cas la conscience, tout en subissant l'influence organique qui produit l'impulsion motrice, peut réagir avec force et constituer simultanément des systèmes qu'elle domine (dont elle a le contrôle). Entraînée par l'impulsion, elle ne perd pas la maîtrise d'elle-même et la pensée reste lucide. Telle est vraisemblablement la condition psychologique des impulsions susceptibles d'être facilement évoquées dans le souvenir, à cause, sans doute, de la multiplicité des points de repère que permet l'étendue de la lucidité.

## § 2. — Psychoses transitoires chez les épileptiques.

La folie pré et post-épileptique est acceptée par tous les auteurs. La folie qui remplace les attaques est plus contestée. Cependant, la plupart des psychiatres répondent par l'affirmative à la question que Billot se posait dès 1858 : « Les accès d'épilepsie et ceux de fureur ne seraient-ils pas des formes d'accès du même mal, deux effets différents de la même cause ? », et, aujourd'hui, on admet comme équivalents psychiques de l'épilepsie un certain nombre de cas d'aliénation mentale transitoire.

Ces folies épileptiques ont certains caractères de famille d'une haute importance diagnostic. Parmi ces caractères communs bien des auteurs citent l'abolition plus ou moins complète de la conscience et la perte ou la notable diminution du souvenir de l'accès.

La littérature médicale renferme pourtant des cas dans lesquels le diagnostic d'épilepsie larvée fut affirmé en l'absence de ces signes :

1878, TAMBURINI (Rivista spe. de frénatria) :

Le malade de son observation II, observation que nous avons rapportée au précédent paragraphe (voir impulsions aux actes de violence et de meurtre) a conservé de l'accès maniaque qui a suivi son accès convulsif « un souvenir net et durable ». Il le raconte en détail, expliquant « qu'il ne peut pas s'empêcher d'agir comme il le fait, bien qu'il sente que ce soit une faute ».

1885, FURSTNER (Congrès des aliénistes et neurologistes de l'Allemagne du Sud) a cité un cas de manie épileptique parfaitement conscient et dont les détails persistaient très longtemps dans le souvenir du malade.

1886, BANNISTER (Cité par DUCOSTÉ, thèse 1899, page 28) a doté la science de trois cas nouveaux. Le premier est doublement intéressant, et par la conservation de la conscience, et par l'action que la volonté du malade pouvait exercer sur ses accès maniaques. Le second se rapporte également à de la manie post-paroxystique; le troisième serait plutôt susceptible d'entrer dans le cadre de la mélancolie.

1906, OLLIVIER, de Blois (*Annales médico-chirurgicales du Centre*) :

Malade considérée comme maniaque rémittente ou comme épileptique larvée depuis de nombreuses années. Cette malade fait à 45 ans une crise convulsive typique qui tranche le diagnostic. Or, les actes impulsifs auxquels se livrait la malade au cours de ses accès maniaques n'étaient que partiellement oubliés; il n'y avait pas amnésie absolue.

1907, DROMART et LEVASSORT (L'amnésie; Alcan, éd.) :

Malade ayant de longue date des accidents épileptiques typiques : crises convulsives, actes automatiques, accès vertigineux, tous ces accidents sont parfaitement inconscients et ne laissent aucune trace dans la mémoire du malade. Après traitement bromuré, amélioration très nette. A la suite d'une crise convulsive, le malade est pris d'un accès d'excitation intense, au cours duquel il allume dans une rôtissoire du charbon arrosé de pétrole, poursuit sa femme de gestes obscènes, lui débite un vocabulaire de mots orduriers qu'elle n'aurait pas attendus de sa part. Interrogé sur ses actes extravagants, le malade reconnaît ces faits et les raconte avec détails. « Mais, dit-il, je vous assure que je savais ce que je faisais. Je voyais bien que c'était absurde et je ne pouvais pas m'empêcher de continuer. » On ne relève aucun autre facteur étiologique que le mal comitial. Néanmoins, les auteurs croient qu'il serait téméraire de tirer de ces faits une conclusion pour ou contre la conservation de la mémoire dans certaines manifestations épileptiques.

1909, BENON (*Gazette des hôpitaux*, page 1855)<sup>e</sup>:

Malade de 29 ans. Pas de maladies nerveuses ou mentales dans la famille. Convulsions dans l'enfance. Caractère très coléreux : elle crie, trépigne, refuse de manger si on la contrarie; très susceptible, jalouse, méfiante, ombrageuse. Présente depuis l'âge de 17 ans des crises convulsives épileptiques typiques et des absences fréquentes.

Après certaines crises, état délirant aigu, hallucinatoire, illusionnel, sans confusion : cet état aigu terminé, il n'y a pas d'amnésie de reproduction portant sur la période délirante.

Voici un exemple de ces états délirants :

« Après sa crise, revenue à elle, elle se débat, pousse des cris aigus, insulte les gens qui l'entourent, essaie de les mordre. Cet état d'excitation dure de 4 à 7 heures du soir. Alors elle se calme, s'endort et, le lendemain au réveil, se rappelle bien son agitation, les cris qu'elle a poussés, les insultes qu'elle a proférées, ses tentatives de morsure, etc... »

1926, CERNANTZÉANU-ORNSTEIN (Loc. cit.) rapporte l'observation d'un épileptique qui fit un délire hallucinatoire transitoire au cours duquel il voulut se tuer, mettre le feu à sa maison, etc... Ce délire, bien qu'il ne fut pas suivi d'amnésie, fut rapporté par le médecin roumain au mal comitial.

Ainsi, dans ces neuf observations, l'état psychosique transitoire qui précédait, suivait ou remplaçait les accès convulsifs, ne présentait pas les caractères habituels d'inconscience et d'amnésie.

Il nous a semblé utile de rappeler à la fin de ce paragraphe que cette absence d'inconscience et d'amnésie, rare dans les accès maniaques et les accès délirants des épileptiques, est de règle dans les psychoses périodiques. Or, nombre d'auteurs (Morel, Griesinger, Etcheverria, Maudsley, Doutrebente, Devay, Guglielmo Mondio, Anglade et Jacquin), ont été frappés de la parenté étroite de ces psychoses périodiques et de l'épilepsie : parenté étiologique indéniable, même formule psychologique des malades entre les accès, même mode d'invasion et de terminaison des accès, même périodicité, analogie frappante des lésions anatomo-pathologiques, substitution d'un paroxysme par l'autre. De cette abondance de points communs, Anglade et Jacquin concluent : « Les deux affections les plus étroitement reliées sont la folie intermittente et l'épilepsie ». Et quelques lignes plus loin, ils reconnaissent : « On n'observe jamais, après un accès de folie intermittente, la perte du souvenir ». Ne semble-t-il pas logique de conclure nous-même : les psychoses périodique sont des formes d'épilepsie larvée, mais d'une épilepsie psychique consciente et mnésique.

---

## CONCLUSIONS

---

Qu'il s'agisse d'épilepsie convulsive commune ou d'épilepsie psychique larvée, le mal comitial peut exister sans que ses manifestations soient inconscientes et amnésiques.

Des exemples d'épilepsie consciente et mnésique ont été assez fréquemment rapportés pour qu'on ne puisse pas douter de l'existence de cette forme.

Les documents qui démontrent de façon incontestable l'existence de cette forme atypique du mal comitial sont toutefois en nombre relativement restreint.

L'inconscience et l'amnésie restent encore les deux grands critères de l'épilepsie.

VU, BON A IMPRIMER :

*Le Président,*

J. ABADIE.

VU :

*Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 1<sup>er</sup> décembre 1932.

*Le Recteur de l'Académie,*

A. TERRACHER.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- ESQUIROL. — *Traité des maladies mentales*. 1838.
- HERPIN. — *Du pronostic et du traitement de l'épilepsie*. 1852.
- MOREL. — *Traité des maladies mentales*. 1860.
- Epilepsie larvée. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chir.* 1860.
- FALRET. — De l'état mental des épileptiques. *Annales générales de médecine*. 1860.
- INGELS. — Epilepsie avec conservation de l'intelligence et de la sensibilité pendant les accès. *Bulletin de la Société de médecine de Gand*. 1860.
- GRIESINGER. — *Traité des maladies mentales*. 1865.
- FOVILLE. — Physiologie pathologique des convulsions. *Annales médico-psychologiques*, t. VI, page 75. 1869.
- PAYEN. — *Annales médico-psych.* 1871.
- CHRISTIAN. — Epilepsie, folie épileptique. *Congrès de médecine mentale*. Paris, 1875.
- P. MOREAU, de Tours, Fils. — De la contagion du suicide. *Thèse de Paris*, 1875.
- LEGRAND DU SAULLE. — *Etude médico-légale sur les épileptiques*. Paris, 1877.
- LEIDESDORF. — *Psychiatrische studien aus der klinick*. Vienne, 1877.
- TAMBURINI. — L'amnésia non e carattere costante d'ell'épilepsia larvata. *Rivista spe. de frénatria*. 1878.
- SÉGLAS. — *Leçons cliniques*. 1887-1894.
- DOUTREBENTE. — *Annales médico-psycho*. 1879.

- STEVENS et HUGUES. — Apparently conscious epileptic automatism, with a sequel of aphasia. *The alienist and neurologist*. 1880.
- HUGUES. — Notes cliniques sur la conservation de l'intelligence dans l'épilepsie. *The alienist and neurologist*. Avril 1881.
- VOISIN. — *Leçons cliniques*. 1883.
- WITKOWSKY. — Sur quelques phénomènes d'états épileptiques et comateux. *Neurologist centralblatt*. 1885.
- MOTET. — *Ann. d'hygiène et de médecine légale*. 1886.
- OTTOLENGHI. — Les épilepsies psychiques. *Rivista spe. di frenatria*. 1886.
- BALL. — Note sur un cas d'épilepsie avec conscience. *Encéphale*, 1886. Page 429.
- BANNISTER. — *Neurological review*. 1886.
- CHARCOT. — *Leçons du Mardi* (1887-88. P. 155; 1888-89. P. 303).
- BALL. — Accidents épileptiques avec conscience. *Société médico-psychologique*. 25 juin 1888.
- FÉRÉ. — *Les épilepsies et les épileptiques*. 1890.
- SOLLIER. — *Guide pratique de psychiatrie*. 1893.
- MAGNAN. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Ed. 1893. Première partie. Leçons 2 et 5.
- G. BALLET. — Les exhibitionnistes. *Semaine médicale*. 1893.
- PRIBAT. — Exhibitionnisme épileptique. *Thèse de Paris*, 1894.
- BOMBARDA. — La conscience dans les crises épileptiques. *Revue neurologique*. Déc. 1894.
- HENNOcq. — De l'épilepsie avec conscience. *Thèse de Lille*. 1894.
- Congrès Français des Aliénistes et Neurologistes. 1895.
- LEMOINE. — *Bulletin de médecine mentale de Belgique*. 1895.
- ZIMMERLING. — *Neurologist centralblatt*. 1895.
- Dr V. PARANT. — *Les impulsions des épileptiques*. 1895.  
.. *Archives cliniques de Bordeaux*, mai 1895.
- BOURDIN. — De l'impulsion. *Ann. médico-psych.* 1896. T. I.
- CLARK. — Sur la nécessité d'étudier de près l'épilepsie. *New-York méd. journ.*, sept. 1897.

- BANNISTER. — L'état de conscience dans l'attaque épileptique et dans ses équivalents. *American journal of insanity*. 1897.
- P. KOVALEWSKY, de Saint-Petersbourg. — De l'épilepsie. *Ann. médico-psych.* 1899.
- DU COSTÉ. — De l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques: Le suicide impulsif conscient. *Thèse de Bordeaux*. 1898-1899.
- DONATH DE BUDA-PESTH. — Der epileptische Vandertrieb. *Archives für psychiatrie* XXXII, f. 2, 1900.
- GÉLINEAU. — *Traité des épilepsies*. 1901.
- HEILBRONNER. — Ueber fugues und fugueähnliche Zustände. *Jahrbücher für psych. und neurol.* 1903.
- MÁXWELL. — L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie. *Thèse de Bordeaux*. 1903.
- RONCORINI. — *Archivio di psi., neur., etc...* 1904.
- OLLIVIER, de Blois. — *Annales médico-chir. du Centre*. Fév. 1906.
- E. AUDÉNINO. — La conscience dans les accès d'épilepsie. *VI<sup>e</sup> Congrès international d'anthropologie criminelle*.
- MARCHAND et OLLIVIER. — Etat de mal épileptique avec conservation de la conscience. *Ann. médico-chir. du Centre*. Août 1906.
- TOURRENC. — Etat mental des incendiaires. *Thèse de Paris*, 1906.
- COTTU. — Contribution à l'étude des fugues. *Th. de Paris*, 1907.
- NAGEOTTE. — A propos de l'épilepsie chez les enfants. *Soc. de pédiatrie*. 16 janv. 1907.
- ANGLADE et JACQUIN. — *L'Encéphale*. 1907, page 567.
- Dr H.-O. SCHLUB. — Epilepsie larvée. *Ann. médico-psych.* 1907.
- H. CLAUDE et BAUDOUIN. — Une forme de délire ambulatoire conscient chez des épileptiques. *Encéphale*. 1907.
- DROMART et LEVASSORT. — L'amnésie. *Alcan.*, éd. 1907.
- HAMELIN. — Contribution à l'étude des fugues. *Th. de Lille*. 1908.

- UGOLOTTI. — Sui rapporti della psicosi maniaco-dépréssiva coll' epilessia. *Rivista di pat. nerv. e mentale*. 1908, fase. 9.
- JOFFROY et DUPOUY. — Fugues et vagabondages. *Paris, Alcan*, éd., 1909.
- BENON. — *Gazette des hôpitaux*. 1909. P. 1855.
- CLARK. — Conscious epilepsy. *Amer. journ. of insanity*. 1909.
- GLAS. — Troubles de la conscience chez les épileptiques avec fugues. *Münsch. Med. wochensch.* Mars 1910.
- ORBISON. — Attaques psychasthéniques ressemblant à l'épilepsie. *American journ. of the medical sciences*. 1910.
- L. MARCHAND. — Les accès épileptiques atypiques. *Revue de psychiâtrie*. Avril 1910.
- KOPYSTYNSKY. — Dipsomanie d'origine épileptique. *Revue russe de psychiâtrie*. 1911.
- GALVAING. — L'épilepsie mnésique et consciente. *Th. de Toulouse*. 1911.
- RÉMOND et FONTAINE. — Impulsions et délires conscients et mnésiques chez les épileptiques. *Archives d'anthropologie criminelle*. 1911.
- CAMUS (Paul). — Les équivalents psychiques de l'épilepsie. *Paris médical*. 1912. P. 381.
- NAGEOTTE. — Impulsivité motrice et affective chez une jeune épileptique. *Journal de psychiâtrie*. 1912.
- L. MARCHAND et G. PETIT. — Crises conscientes et mnésiques d'épilepsie convulsive. *Soc. clin. de médecine mentale*. Nov. 1912.
- USSE et LIVET. — Crises anarthriques conscientes et mnésiques d'épilepsie convulsive. *Soc. clin. de méd. mentale*. Fév. 1913.
- TRÉNEL et RAYNIER. — *Bulletin de la Soc. clin. de méd. mentale*. Déc. 1913.
- DUCASTÉ. — *Bulletin de la Soc. clin. de méd. mentale*. Mars 1914.
- PARIS et HANNS. — Impulsions des psychoses post-traumatiques. *Comptes rendus de la Soc. de méd. de Nancy*. 1915.
- HARTENBERG. — Une conception nouvelle de l'épilepsie. *Presse médicale*. 1919. P. 665.

- LIVET. — Accidents convulsifs mnésiques d'apparence comitiale. *Soc. clin. de méd. mentale*. Janv. 1920.
- PIERCE CLARK. — Un cas de conservation de la conscience pendant un accès d'épilepsie. *The alienist and neurologist*. Juill. 1920.
- DUCASTÉ. — *Soc. médico-psychologique*. 26 avril 1920.
- BERTHÉLÉMÉ. — Responsabilité médico-légale des épileptiques. *Th. de Strasbourg*, 1921.
- DE CLÉRAMBAULT. — *Soc. clin. de méd. mentale*. Janv. 1921.
- PIERCE CLARK. — Conscience pendant l'attaque d'épilepsie. *Boston médical and surg. journal*. 27 octobre 1921.
- MARTIMOR. — Conscience partielle et amnésie retardée dans les absences épileptiques. *Ann. méd. psych.* Déc. 1921.
- LIVET. — Brûlures graves de la face survenues au cours d'une crise d'épilepsie consciente et mnésique. *Journal de psychologie*. Déc. 1921.
- MERLAND. — L'amnésie épileptique dite retardée. *Th. de Nancy*. 1922.
- ZARITCH. — Troubles mentaux chez les épileptiques. *Th. Bordeaux*, 1922.
- NAUDASHER. — *Bulletin de la Soc. clin. de méd. mentale*. Mars 1922.
- HARTENBERG. — Les accidents épileptiques par inhibitions cérébrales incomplètes. *Presse médicale*. 1922, n° 102.
- G. DE CLÉRAMBAULT. — Impulsion lucide et mnésique vraisemblablement comitiale. *Soc. clin. de méd. mentale*. 16 juillet 1923.
- L. MARCHAND. — Épilepsie caractérisée uniquement par des absences très fréquentes. *Soc. clin. de méd. mentale*. 19 nov. 1923.
- Des accès épileptiques avec conservation de la conscience. *Presse médicale*. Avril 1924. P. 290.
- J. RAMSAY HUNT, de New-York. — Épilepsie statique. *Revue neurologique*, 1924.
- MAULIN. — Vols pathologiques et épilepsie. *Th. de Lyon*. 1924.
- TOULOUSE, MARCHAND et MONTASSUT. — *Soc. clin. de méd. mentale*. Mars 1925.

- MARCHAND et BAUER. — *Soc. clin. de méd. mentale*. 16 nov. 1925.
- VERMEYLEN. — *Soc. belge de médecine mentale*. Nov. 1926.
- CERNANTZÉANU-ORNSTEIN. — *Bulletin de la Société roumaine de neuro., psych., etc...* Mai 1926.
- HEUYER et MERKLEN. — Automatisme mental dans l'épilepsie et les tumeurs cérébrales. *Ann. médico-psych.* 1926. Tome 2.
- GELMA. — Diagnostic de l'épilepsie larvée. *Annales de médecine légale*. Nov. 1926.
- MONTASSUT et LIGNIÈRES. — *Soc. de psychiatrie*. Nov. 1927.
- PICARD. — Des actes automatiques de nature comitiale. *Th.* Paris, 1927.
- TINEL et LAMACHE. — *Soc. de psychiatrie*. Janv. 1928.
- SOUQUES. — *Semaine des hôpitaux de Paris*. Mars-avril 1928.
- TOULOUSE, MARCHAND et PICARD. — Automatisme ambulatoire eupraxique. *Presse médicale*. Déc. 1928.
- THIBAUT. — Fugues conscientes et inconscientes. *Gazette médicale de Nantes*, 1929-1930.
- CEILLIER. — La responsabilité pénale des épileptiques. *Annales de méd. légale*. Juin 1929.
- SIENIONKIN. — Automatisme épileptique et médecine légale. *Polska Gaz. lek.* Juin 1929.
- MERKLEN. — Types d'épilepsies. *Presse méd.* Janv. 1930.
- BARUK. — *Semaine des hôpitaux de Paris*. 15 juill. 1930.
- DIETHELM. — *Human Biol.* Déc. 1930. P. 547.
- WILDER. — Rire et érection comme équivalent épileptique. *Nervenartz.* 15 fév. 1931.
- MASINI. — Le forme clinique d'ell'épiléssia. *Illustr. méd. ital.* 39-46 mars 1931.
- BENON. — Epilepsie et pathologie mentale. *Gazette des hôpitaux*. 16 sept. 1931.
- CLAUDE et BARUK. — Sur quelques formes dégradées de l'épilepsie. *Encéphale*. Janv. 1931.
- LÉVY (Gabrielle). — Les formes conscientes de l'automatisme verbal et leurs analogies avec certaines manifestations de l'automatisme comitial. *Presse méd.* 12 sept. 1931.

DOTÉZAC. — *Thèse de Bordeaux 1932 : Des crises d'épilepsie sans perte absolue de connaissance.*

ABADIE. — *Rapport sur l'épilepsie psychique. XII<sup>e</sup> réunion neurologique internationale. Paris 1932.*

---



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                               | Pages |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Introduction - Historique .....                                               | 9     |
| Chapitre I.— Épilepsie convulsive sans perte absolue<br>de connaissance ..... | 17    |
| Chapitre II.— L'Épilepsie psychique consciente et mné-<br>sique .....         | 43    |
| Conclusions .....                                                             | 69    |
| Bibliographie .....                                                           | 71    |













